



Psic-Obesidad

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



**Volumen 13, Número 50
abril-junio 2023**

Psic-Obesidad

Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual



N.R. 04-2010-100813543100-203
10.22201/fesz.20075502e.2023.13.50

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



Contenido

volumen 13, número 50, abril-junio de 2024

- 3 Editorial**
- 6 Trabajos de difusión en investigación**
La historia del peso corporal en obesidad infantil
Brenda Carolina Téllez Silva
- 11 F54 Factores psicológicos... [316]**
Impulsividad y obesidad: una relación multidimensional
Raquel del Socorro Guillén Riebeling
- 19 Acérquese... ricos tamales**
Revisión de las Guías Alimentarias en México
Maricruz Morales Salinas
- 24 Como, luego existo**
Consideraciones psicológicas del consumo de alimentos (Parte 1)
Dolores Patricia Delgado Jacobo
- 31 Colaboraciones**
Conceptos básicos de la obesidad y el sobrepeso
Fabiola Janeth Cruz Campos, Dolores Patricia Delgado Jacobo
- 38 Normas de publicación**



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

Psic-Obesidad, Año 13, No. 50, abril - junio de 2023, periodicidad trimestral, editada por la Universidad Nacional Autónoma de México con domicilio en Ciudad Universitaria, c.p. 04510, Delegación Coyoacán, México D.F., por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, domicilio Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, Tel: 56230612, Correo electrónico: boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx, Editor responsable: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING, Reserva de Derechos al uso exclusivo No. 04-2010-100813543100-203, ISSN: 2007-5502, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Lic. Azucena Rey González del Departamento de Comunicación y Difusión Académica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, fecha de la última modificación el día 14 de agosto 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. Julieta Becerra Castellanos
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

Mtra. Ana Leticia Becerra Galvez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Equipo de colaboradores

Lic. Maricruz Morales Salinas
Asistente editorial

Lic. Carlos Raziel Leños Castillo
Diseño de portada

Coordinación de Comunicación Social y Gestión de Medios

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 50

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2023.13.50.88406>

¡LLEGAMOS A LOS 50 NÚMEROS DE LA REVISTA PSIC-OBESIDAD!

Labor que ha sido posible gracias al esfuerzo de quienes colaboramos en cada número desde la recopilación de artículos hasta los académicos y profesionales de la psicología, de la salud y de diversas disciplinas, quienes han abordado en este medio, temas que afectan a toda la población, a cada persona en su calidad y estilo de vida. La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra *Alma Mater* ha impulsado este proyecto con la visión de promover el conocimiento a través de las funciones sustantivas: difusión y extensión, investigación, docencia y servicio a la comunidad. PSIC-OBESIDAD es un medio donde los trabajos multidisciplinarios han tenido lugar, así como de las disciplinas tradicionales: medicina, nutrición, antropología, salud pública, entre otras. Desde la Psicología, consolida su participación en el estudio, investigación, diseño, planeación, atención y propuestas actuales del sobrepeso y la Obesidad. Cada uno de los autores y articulistas, que forman parte de esta Revista dan confianza a su difusión y sus aportaciones han enriquecido el campo de la enfermedad crónico-degenerativa, más allá de las dietas y el ejercicio. La propia Revista pasó de una iniciativa escolar didáctica a estructurarse en revista Académica con difusión internacional. Demos paso a los contenidos de este número 50 con una reflexión editorial de antes y ahora.

Los esfuerzos para abordar la Obesidad y el sobrepeso de 2010 a 2023 han dado resultados en varios puntos de interés.

Sobre la atención. De considerar una enfermedad crónica bajo la perspectiva médica-psiquiátrica a ser una entidad multifactorial y multi-determinada, con un equipo de salud integrado por especialistas en medicina, nutrición, psiquiatría, psicología clínica y enfermería.

La reducción del uso de fármacos por la mayor investigación en las prescripciones.

De persona con trastornos mentales de tipo afectivo-ansiedad, depresión-a trastorno de la conducta alimentaria por "atracción" (D.S.M. V., 2023).

Considerar a la persona quien presenta una condición orgánica crónica-degenerativa.

En su origen. La obesidad causada por el consumo excesivo de alimentos y el sedentarismo, por factores como el bajo consumo de nutrientes que produce desnutrición y bajo gasto calórico por condiciones ambientales.

Desde la psicología. Conductas problemas y distorsión cognoscitiva por estrategias de enfrentamiento, conductas saludables y adaptativas.

De emociones negativas y trastornos afectivos a emociones complejas y secundarias.

La obesidad endógena con mayores y mejores estudios en población humana, así como en la obesidad endógena donde la relación con ambientes de lo social, económico, socio-cultural, ecológico, ergonómico, psicológico, salud pública, salud privada, política -mundial, regional-local, nutricio, alimentario y personal, abren el análisis tanto a las causas como a su mantenimiento.

Los datos de la población mundial con Obesidad han incrementado.

La relación con otras enfermedades se ha fortalecido en detrimento de la calidad de vida de las personas por diabetes, hipertensión o cáncer, entre otras.

El consumo de alimentos poco saludables ha ido en aumento a pesar de las campañas de prevención.

Cambio del modelo de atención unidisciplinario-curativo por el multidisciplinario desde la Psicobiología de carácter preventivo, promoción a la salud y educativo.

La modificación del psicoanálisis y análisis conductual por el análisis modular ERIC-PSICa partir del aprendizaje social y sus estrategias cognitivo-conductuales.

La violencia, la discriminación y el estigma de la obesidad y de quien la presenta, por el respeto, los valores y derechos de la persona como tal, en cada etapa de su vida y de su desarrollo.

Más retos están por venir. La Alianza por la salud alimentaria (2022) señala:

México ocupa el 5º lugar de obesidad en el mundo, con 21 millones de mujeres que padecen obesidad, con un 41% de prevalencia, y 15 millones de hombres con una prevalencia del 31%. Se estima que para 2030, el 36.8% de las personas del país tengan obesidad, con un incremento anual del 1.6%. Esto equivale a más de 35 millones de adultos para la siguiente década. La Federación clasifica esta cifra como muy alto. Asimismo, es el 6º país con la mayor cantidad de adultos mayores de 20 años que viven con obesidad y el que tiene el porcentaje más alto de pérdida del producto interno bruto (5.3%) debido a ella. En las últimas dos décadas, el país ha visto un rápido aumento en la obesidad adulta, lo que puede explicarse en parte por el crecimiento exponencial de la prevalencia de la obesidad infantil, explica el informe. De continuar las tendencias actuales, se prevé que para 2030, el 42.9% de los niños de 5 a 19 años en México vivirán con obesidad.

En retrospectiva la problemática de la salud integral ha cambiado y hay muchas cosas aun que hacer en beneficio de la población, sus integrantes y de todo el sistema de salud con estrategias desde quien presenta obesidad o sobrepeso, su familia y entorno, hasta los profesionales de la salud en sus disciplinas que se aglutinan en el tratamiento integral, bajo enfoque preventivo y de atención oportuna

en casos importantes que afectan la calidad y el estilo de vida de las personas. Desde las ciencias sociales y de la psicología, planificar estrategias de atención primaria y el apoyo de la educación es tarea fundamental a desarrollar.

Referencias

Alianza por la Salud Alimentaria (9 de marzo de 2022). *México ocupa el 5º lugar de obesidad en el mundo*. <https://alianzasalud.org.mx/2022/03/mexico-ocupa-el-5o-lugar-de-obesidad-en-el-mundo/>

American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado 2023. Médica Panamericana.

Lecturas recomendadas

Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Trejo-Valdivia, B., et al. (2020). Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. *Ensanut 2018-19. Salud Pública de México*, 62(6):682-692. <https://doi.org/10.21149/11630>

Córdova, V.J.Á., Barriguete, M.J.A., Rivera, M.M.E., Manuell, L.G. & Mancha, M.C. (2023). Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas. *Acta Med GA*. 21 (s1): s51-s56. <https://dx.doi.org/10.35366/109563>

ENSANUT CONTINUA 2021 (2022). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2021 sobre COVID-19*, Resultados Nacionales. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf

HEI International Scientific Oversight Committee. 2010. Outdoor Air Pollution and Health in the Developing Countries of Asia: A Comprehensive Review. Special Report 18. Health Effects Institute, Boston, MA. <https://www.healtheffects.org/system/files/SR18AsianLitReview.pdf>

INEGI (2020). Comunicado de prensa núm. 528/20 (11 de noviembre de 2020). Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad20.pdf

Malo-Serrano, M., Castillo M, N., & Pajita D, 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>

Murray, Ch.J.L., Aravkin, A.Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abbasi-Kangevari, M. et al (2020). Global burden

Guillén Riebeling, R.S. Editorial

of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study *Lancet*, 396(10258), 1223-1249. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.

Okunogbe, A., Nugent, R., Spencer, G., Powis, J., Ralston, J., & Wilding, J. (2022). Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Glob Health*, 7(9):e009773. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009773.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (27 de abril de 2022). Seguimiento de la declaración política de la

tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 75.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD Punto 14.1 del orden del día provisional A75/10Add.6. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add6-sp.pdf

Swinburn, B.A., Kraak, V.I., Allender, S., Atkins, V.J., Baker, P.I., Bogard, J.R. et al (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 393(10173), 791-846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8.



Frente a la FES Zaragoza 2023 Archivo personal RSGR



ICO Estocolmo Suecia, 2010, Archivo personal RSGR



La historia del peso corporal en obesidad infantil

History of body weight in childhood obesity

Brenda Carolina Téllez Silva

Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

kro_brenda@hotmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2023.13.50.88407>

Resumen

El tema de salud pública de las enfermedades crónicas degenerativas a nivel nacional es la obesidad, donde la infantil trasciende fronteras y ocupa el primer lugar a nivel mundial y como problema de salud crónico degenerativo constituye la mayor amenaza a los sistemas de atención a la salud, a la sociedad en el detrimento de la esperanza de vida y al individuo en particular al alterar su calidad de vida. La historia de peso corporal la emplee como subgénero de la historia de vida, que es el uso de documentos personales con el propósito de la comunicación en referencia personal del estilo de vida en el desarrollo ontológico en aspectos específicos como es la obesidad. Esto permite una aproximación al proceso de interacción y construcción cultural entre la biografía del agente, la institución y estructura social, de quien la realiza, y aproximarse a los elementos subjetivos o psicológicos con determinada identidad y hábitos. El objetivo de este trabajo fue la identificación de la condición de peso corporal durante el crecimiento y desarrollo del individuo a través de la autodescripción en niños y adolescentes obesos. Se elaboró una entrevista semi-estructurada. El análisis de los datos hace referencia sobre el plano cualitativo por los análisis de contenido, descriptores y explicación narrativa del origen y mantenimiento de la obesidad de acuerdo con los propios agentes. La interacción de la familia y los menores puede colaborar en la atención y prevención de la obesidad infantil (y en adultos), con afecto y atención en calidad de vida.

Palabras clave: sobrepeso, obesidad, calidad de vida, descriptores, factores culturales.

Abstract

The public health issue of chronic degenerative diseases at national level is obesity, where childhood obesity transcends borders and occupies the first place worldwide and as a chronic degenerative health problem constitutes the greatest threat to health care systems, to society in the detriment of life expectancy and to the individual in particular by altering their quality of life. The body weight history is used as a subgenre of life history, which is the use of personal documents for the purpose of communication in personal reference to lifestyle in the ontological development in specific aspects such as obesity. This allows an approach to the process of interaction and cultural construction between the biography of the agent, the institution and social structure of the person who performs it, and to approach the subjective or psychological elements with a certain identity and habitus. The objective of this work was the identification of the body weight condition during the growth and development of the individual through self-description in obese children and adolescents. A semi-structured interview was elaborated. The analysis of the data makes reference to the qualitative level by content analysis, descriptors and narrative explanation of the origin and maintenance of obesity according to the agents themselves. The interaction of the family and minors can collaborate in the care and prevention of childhood (and adult) obesity, with affection and attention to quality of life.

Keywords: overweight, obesity, quality of life, descriptors, cultural factors.

Recibido el 9 de enero de 2023.

Aceptado el 22 de junio de 2023.

México, primer lugar en obesidad infantil

Asimismo según datos de la Organización Mundial de la Salud, nuestro país es el primer lugar en obesidad infantil, ya que de acuerdo a la última encuesta Nacional de la Salud, 9.4 por ciento de niños son obesos y 8.7 por ciento de niñas presentan esta enfermedad.

De 1999 a 2006 se dio el incremento más alarmante en la prevalencia de obesidad en los niños pasando de 5.3 a 9.4 por ciento, En siete años, la obesidad en niños de 5 a 11 años, registró un incremento alarmante de 77%, y en las niñas el incremento fue de 5.9 a 8.7 por ciento, lo que representa alrededor de 4 158 800 escolares en el ámbito nacional con sobrepeso u obesidad. Para 2006 la prevalencia de obesidad aumentó entre las mismas edades de 4.8 a 11.3 por ciento y en niñas de 7.0 a 10.3 por ciento. Y en el 2010 en nuestro país se implementan acciones gubernamentales para atacar la obesidad desde las aulas y los recreos al reducir la expedición de alimentos con alto nivel energético y bajo nivel nutricio. Por otra parte se reitera el retiro de la comida chatarra de las escuelas, imposición de la práctica de actividad física diaria con los alumnos “como medidas para atacar el problema de la obesidad y el sobrepeso infantil” (Arvizu, 2010).

Las implicaciones en la salud del niño obeso comprenden: trastornos de conducta, autoestima, el bajo rendimiento escolar, menor sociabilidad, signos de depresión o angustia; ortopédicos presencia de pie plano, escoliosis; dermatológicos: verrugas en caderas, muslos, pecho, infecciones cutáneas; cardiorrespiratorios; riesgos futuros: obesidad adulta, desordenes endocrino – metabólicos. Medidas preventivas se proponen como (C.A.C., 2001):

1. Cambiar el hábito alimentario del niño y la familia.
2. Controlar y vigilar frecuentemente el peso.
3. Dieta adecuada para su etapa de crecimiento y desarrollo.
4. Evitar la obesidad en la gestación limitando la ganancia de peso de la embarazada hasta 10 a 12 kg.
5. Favorecer la lactancia materna absoluta hasta los cuatro meses de edad.
6. Fomentar la actividad física.
7. Lograr cambios en la conducta del niño.
8. Participación activa de los padres y la familia.

9. Promover la educación nutricional y de hábito de vida saludable.
10. Proporcionar la información suficiente y permanente a la familia sobre la obesidad, sus complicaciones
11. Retrasar la introducción de alimentos no lácteos hasta los cuatro meses.
12. Patrones alimentarios básicos o iniciales

En el seno familiar, los patrones de conducta transmitidos principalmente de madre a hijo, fundamentales para su desarrollo y adaptación. Mucho se ha escrito sobre la importancia de la alimentación materna, la calidad de la interacción madre-hijo y separación-individuación (Maher, 1974). Al detectar el riesgo de obesidad, pueden inculcarse patrones de vida saludables y establecerse antes de los dos períodos críticos para el desarrollo de la obesidad. Estos dos periodos críticos se han identificado como la “repercusión de adiposidad” (un incremento en el grosor de la piel mayor al 85 por ciento) y ocurren de los cuatro a los seis años y luego durante la adolescencia” (Couvillion, 2002). En cada una de estas líneas de estudio, la Obesidad infantil ha sido tratada como un problema de alimentación o desordenes como “*trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez*” o alteraciones emocionales al descartar la obesidad debida a desorden metabólico o genético (D.S.M. IV, 2002). Aún que en la actualidad se considera como una problemática relacionada con el acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria (726), dentro del rubro de Incumplimiento de tratamiento médico (726) (DSM-V, 2013).

El patrón de ingesta también se encuentra representado en la relación madre-hijo, llevando a ambos miembros de la díada a la armonía y bienestar compartido donde la alimentación ejerce el enlace comunicante, afectivo y nutricional. Para la madre y el ámbito familiar, ciertas características son predominantes, las que el niño aprende y se esfuerza en cubrirlas, así de los padres depende en gran medida el tipo, cantidad y la preparación de los alimentos que come el niño. De esta manera la obesidad infantil es la manifestación de la imagen o representación cognitiva posee la familia de la integración de sus miembros a través de procesos de modelamiento y moldeamiento social (Mahoney, 1974; Kazdin, 1975; Rim y Masters, 1984; Whaley, 1978).

Historia de peso corporal

Es frecuente preguntar al interlocutor ¿Cómo te llamas? ¿Qué haces? o ¿A qué te dedicas?, como vínculos de comunicación inicial y de relación. En las entrevistas propositivas como las biografías e historias de vida, la cualidad de comunicación se mantiene entre los interlocutores para conocer la evolución ontológica del sobrepeso u obesidad.

Los antecedentes de la historia del peso corporal proceden del comportamiento humano, que es la escritura cuya actividad sustancial y por ende, capital cultural objetivado, es expresión del pensamiento y lenguaje donde la actividad simbólica se expresa en signos distintivos. Su análisis puede contener relaciones con la imagen corporal, el nivel social, los valores, el género, y las percepciones.

Cuando la persona se describe a ella misma se denomina “historia de vida” o “autobiografía”, quien se da a conocer a si mismo con contenidos de su propia historia y cuya elaboración, se encuentra en el propósito, énfasis u omisión de datos de acuerdo con sus percepciones en el habitus del agente creador. Como el propósito de incrementar la comunicación con un interlocutor o como formas complementarias de las entrevistas. Las historias de vida se han realizado como memoria de lo cotidiano, y en varias disciplinas han sido empleadas como técnica de valoración de procesos cognitivos referenciales de la propia experiencia de quien la realiza como de la huella de memoria que trasciende su temporalidad.

A manera de Bourdieu (1979), el escrito autobiográfico representa un referente cultural objetivo (el institucional y social), reducido a una descripción exaltada de la degradación del espíritu por la letra, de lo vivo por lo inerte, de la creación por la rutina, de la gracia por la pesadez. Se resalta que la escritura de memorias y autobiografías por parte de personalidades de cualquier campo, representa un acto simbiótico de acumulación y reproducción de capital cultural. Los autores aprovechan su experiencia, su protagonismo, su talento, para realizar un acto que a su vez, va a producir más capital intelectual y cultural.

La descripción oficial de las historias de vida, señala Bourdieu (1989), como un relato coherente de una secuencia signifiante y orientada de acontecimientos.

A diferencia de una “descripción oficial” parecida a una credencial de identidad, la historia de peso incorpora elementos teóricos-prácticos de la entrevista con el agente-consumidor que la elaboró con la reconstrucción del espacio social donde se inserta y... “tiene un papel muy importante en el desarrollo de los procesos identitarios y de toma de conciencia... es un fenómeno importantísimo de escrutinio e interés por el relato testimonial, biográfico y etnológico.

Para Aceves (1994) la historia de vida es un espacio de contacto e influencia interdisciplinaria que permite aportar interpretaciones cualitativas de procesos y fenómenos históricos-sociales; son un complemento a otras técnicas utilizadas y supone un puente de comunicación entre distintas disciplinas académicas. También enlaza el proceso de comunicación y desarrollo del lenguaje para reproducir una esfera importante de la cultura coetánea del informante y su aspecto simbólico e interpretativo, donde se reproduce la visión y versión de los fenómenos por los propios actores sociales. Al emplear el método del historial narrativo o historia de vida se lleva a cabo un acercamiento exploratorio, con el objeto de reducir los tiempos y la información inválida (Arjona-Garrido y Checa-Olmos, 1998).

La historia de peso corporal la emplee como subgénero de la historia de vida (Guillén, 2007) que es el uso de documentos personales con el propósito de la comunicación en referencia personal del estilo de vida en el desarrollo ontológico en aspectos específicos como es la obesidad. Esto permite una aproximación al proceso de interacción y construcción cultural entre la biografía del agente, la institución y estructura social, de quien la realiza, y aproximarse a los elementos subjetivos o psicológicos con determinada identidad y habitus. De esta manera se describe la persona en un si mismo y su propia relación con la(s) realidad(es) (o fantasías) histórica(s), y su representación en la actualidad:

Las personas obesas y las relacionadas con la obesidad son personas con historia, miembro de una cultura y con cultura, con disposición y esquemas interpretativos. Por otro lado, un procedimiento común para conocer los antecedentes del paciente es la aplicación de la de la evaluación clínica y con ella un tipo de entrevista estructurada que considera la historia del padecimiento. Cuando se evalúa al niño

o niña con obesidad, es común llevar la entrevista con los padres acerca del estado de su menor y postergar el encuentro del profesional con el menor acerca de su propia condición, ya sea por su nivel de desarrollo, socialización, costumbre o estilo.

Cuando el menor puede comunicar a través de verbalizaciones la referencia de su estado corporal (alrededor de los 2 o 3 años de edad) menciona sensaciones básicas como deseos de orinar o defecar, de hambre, sed, y de la estimulación externa en agradables o desagradables: luz, temperatura, y sonidos por mencionar algunos. A medida de su crecimiento, las referencias sociales acerca de él o ella mismo(a) refuerzan su propia identidad. Ahora es “Juan” o “María”, no el abstracto “hijo de, hija de, gordito o gordita”. Sucesivamente la conformación de su personalidad a través de estas modulaciones sociales se consolida con su vínculo afectivo que proviene del ser querido que alimenta las emociones y da lugar, desde el amor hasta el odio. En esta fusión, se aprende, además del nombre propio, a relacionarse consigo mismo y con los demás de manera afectiva, emocional y adaptativa, aprendiendo cada día de sí mismo y de los demás.

Es notorio que la persona al responder un cuestionario o entrevista da respuestas favorables, positivas y muestra su mejor actitud, dejando de lado y ocultando los detalles inadecuados que muestren lo que para ellos mismos son “defectos” y con el propósito de ser aceptados y queridos por los otros. Marcados así por el aprendizaje y la cultura, los padres de niños obesos son renuentes a mostrar a su hijo o hija como una bomba de tiempo, en desorden, abandonado su estilo de alimentación, con falta de atención y cariño. En vez de ello, se muestra al menor bien alimentado, radiante y feliz. Una mezcla de juego de máscaras y de encrucijadas para quedar bien ante los otros y a ellos mismos, mostrando a unos padres sin fallas, atentos a la educación y crianza de su menor.

Tomando en cuenta estos factores psicosociales, la entrevista se presenta a los involucrados de una manera imparcial, lo que facilita la comunicación y el conocimiento inicial del origen y tipo de obesidad del menor, así como su patrón de aprendizaje, imagen corporal y desarrollo. Como lo señala Rankin (2003) aplicado al deporte “Los objetivos de pérdida de peso para los atletas deben estar basados en la composición corporal actual... historia del

peso corporal y reglas específicas de cada deporte. En las personas no deportistas se pueden aplicar estos objetivos, así como con los padres y con los menores de edad. En los trastornos de la alimentación se explora la historia del peso corporal en la anorexia, bulimia y atracón (DSM IV-TR, 2002).

Entrevista

El objetivo general fue la identificación de la condición de peso corporal durante el crecimiento y desarrollo del individuo a través de la autodescripción en niños y adolescentes obesos. Se elaboró una entrevista semi-estructurada siguiendo los lineamientos de Rivera y Lucio (1987) para la autobiografía; la técnica del autocontrol (Niemeyer y Mahoney, 1998), y Evaluación Multimodal (Guillén-Riebeling, 2007) para elaborar los parámetros para menores de edad obesos.

En cuanto al diseño de la entrevista psicológica elaborada por Guillén (2010), en la planeación se realizó por toma de datos sociobiológicos e Historia de peso corporal por referencia de padres o tutores. Para los menores, se consideró el manejo de premios y castigos y la autoreferencia por la Historia de Peso corporal. La entrevista de Historia de Peso corporal se divide en dos partes. La primera para los padres o tutores donde se incluyen los datos sociobiológicos y la historia de peso del menor. La segunda parte corresponde a la entrevista aplicada a menores de 8 a 17 años de edad, a quienes se les considera capaces de escribir, con habilidades cognitivas conservadas de acuerdo a su edad, crecimiento y desarrollo.

Consideraciones finales

El análisis de los datos confiere el plano cualitativo por los análisis de contenido, descriptores y explicación narrativa del origen y mantenimiento de la obesidad de acuerdo con los propios agentes.

La obtención de un medio accesible para la comunicación y comprensión de la problemática a tratar es esencial en el tratamiento de la obesidad y en particular la infantil que requiere no solo educación sino formación elemental de los agentes involucrados para la prevención del cuidado a la salud y hacer frente a los factores ambientales que presionan en muchos casos más, que la propia familia

o entorno social. Si bien comer es vital, las maneras de hacerlo y las elecciones son propias, como las relaciones interpersonales de pareja y amistades tienen la distinción de ser elecciones propias y comunicativas que en común se conceden los afectos, gustos y convenciones adaptativas. La interacción de la familia y los menores puede colaborar en la atención y prevención de la obesidad infantil (y en adultos), con afecto y atención en calidad de vida.

Si algunos elementos para evaluar el tono afectivo a través de la elección asociativa de las experiencias que se relatan y el distinto interés con que se expresan cada una de estas. Por ejemplo, el tipo de adjetivos que elige el sujeto para remarcar sucesos y/o figuras de su vida. Sí mismo: Reconocimiento de la participación en las distintas experiencias del relato y los elementos afectivos relacionados con éstas. Con la información obtenida se conformó la entrevista de historia de peso corporal integrada de dos partes. La primera para padres o tutores y la segunda para los menores de edad. Conclusiones se obtiene un instrumento de fácil aplicación y análisis que favorece la comunicación terapéutica y el conocimiento psicosocial de la problemática que presenta el o la paciente.

Referencias

- Aceves-Lozano, J. E. (1994). Práctica y estilos de investigación en la historia oral contemporánea. *Historia y Fuente Oral*, 12, 143-150. https://www.culturascontemporaneas.com/culturascontemporaneas/libros/Libro_Historia_Oral.pdf
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM IV-TR). doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM V). Editorial Médica Panamericana.
- Arjona-Garrido, Á. y Checa-Olmos, J. C. (1998). Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social. *Gazeta de Antropología*, 14(10), 1-14. <http://hdl.handle.net/10481/7548>
- Arvizu, J. (13 de abril de 2010). Aprueban diputados ley contra obesidad infantil. Periódico El universal. <http://www.eluniversal.com.mx/notas/672451.html>
- Bourdieu, P. (1979). *Les trois états du capital culturel*. Visor.
- Bourdieu, P. (1989). *La ilusión biográfica*, historia y fuente oral. Visor.
- Consejo Alimentario de Colombia (C.A.C) (2001). *La obesidad como problema de Salud Pública*. <http://www.encolombia.com/adipocito4299-obesidad5.htm>
- Couvillion, L. N. (2002). Obesidad y patrones alimenticios infantiles. *Leaven*.
- Guillén-Riebeling, R. S. (2007). *Evaluación Multimodal ERIC-PSIC*. FES Zaragoza, UNAM.
- Guillén-Riebeling, R. S. (2010). III Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva, 25 al 27 de noviembre de 2010, CUCS, Guadalajara, Jalisco, México.
- Kazdin, E. A. (1975). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Ballinger Publishing.
- Niemeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Paidós.
- Rankin, J. W. (2003). Pierda la Grasa, Mantenga los Músculos: Pérdida de Peso Óptima para Atletas. *PublicCE Standard*, 141, 1-7. <https://g-se.com/pierda-la-grasa-mantenga-los-musculos-perdida-de-peso-ptima-para-atletas-141-sa-z57cfb27108904>
- Rim, C. D. y Masters, J. C. (1980). *Terapia de la conducta*. Trillas.
- Rivera, O., Esquivel, F. y Lucio, E. (1987). *Integración de Estudios Psicológicos*. Editorial Diana.
- Whaley, D. L. (1978). *Psicología del comportamiento*. Fontanela.



Impulsividad y obesidad: una relación multidimensional

Impulsivity and obesity: a multidimensional relationship

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling

Carrera de Psicología

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

raqso@unam.mx

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2023.13.50.88408>

Resumen

Las causas de la obesidad son multifactoriales que van desde la genética, la biología, pasando por las ciencias sociales, la psicológica hasta las disciplinas que contribuyen en su explicación desde su campo conceptual como la astronomía. Para algunas aproximaciones psicológicas de la obesidad señalan que es el resultado del comer en exceso de la persona. Este comer excesivo a su vez se explica por la falta de control de impulsos, respuestas compulsivas, desenfreno o voracidad. De aquí que el propósito de la psicoterapia sea: brindar habilidades para manejar diversas señales de alimentación excesiva y corregir errores en el régimen dietético y de actividad física (Torres et al., 2011). Responder ante una situación provocadora tiene su estilo: de manera inmediata, casi refleja, se puede catalogar de forma impulsiva, por sus componentes cognoscitivos, primero “el hacerlo sin pensar”, segundo valorar la acción y darse cuenta de ello. Generando componentes emocionales: el darse cuenta acciona el remordimiento, la vergüenza o la culpa. Y la ausencia de reacción emocional o emoción plana. Esta particularidad de comportamiento ha sido abordada por la psicología y etiquetada como: activación, conducta no reflexiva, impulsiva, sin control o mal adaptativa.

El propósito del presente trabajo fue identificar la relación de la obesidad con la impulsividad, esta última considerada como impulsos generados por el individuo a través de procesos psicológicos como la conducta, cogniciones, emociones, personalidad, neurológicos y psicopatologías con vinculación con la alimentación y otras variables socio-psicológicas, reportadas en publicaciones científicas. Las conclusiones muestran la multi-dimensionalidad de su relación y las consideraciones para la atención en salud.

Palabras clave: obesidad, Impulsividad, Conducta impulsiva, trastorno del atracón, multidisciplinaria.

Abstract

The causes of obesity are multifactorial, ranging from genetics, biology, social sciences, psychology and even disciplines that contribute to its explanation from their conceptual field, such as astronomy. For some psychological approaches to obesity point out that it is the result of overeating of the person. This excessive eating in turn is explained by the lack of impulse control, compulsive responses, unrestraint or voracity. Hence the purpose of psychotherapy is: to provide skills to manage various signs of overeating and correct errors in diet and physical activity regimen (Torres et al., 2011). Responding to a provocative situation has its style: immediately, almost reflexively, it can be categorized as impulsive, due to its cognitive components, first “doing it without thinking”, secondly assessing the action and realizing it. Generating emotional components: the realization triggers remorse, shame or guilt. And the absence of emotional reaction or flat emotion. This behavioral particularity has been addressed by psychology and labeled as: activation, non-reflective, impulsive, uncontrolled or maladaptive behavior. The purpose of the present work was to identify the relationship of obesity with impulsivity, the latter considered as impulses generated by the individual through psychological processes such as behavior, cognitions, emotions, personality, neurological and psychopathologies linked to eating and other socio-psychological variables, reported in scientific publications. The conclusions show the multi-dimensionality of their relationship and the considerations for health care.

Keywords: obesity, Impulsivity, Impulsive behavior, binge eating disorder, multidisciplinary.

Recibido el 27 de abril de 2023.

Aceptado el 21 de julio de 2023.



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

Las dimensiones de la Impulsividad

La impulsividad es un concepto amplio e incluye muchas definiciones y metodologías. Tiene dos ejes: el motivacional y el de inhibición (Dougherty et al., 2003). El primero incluye: motivación, sensibilidad a la recompensa e intolerancia al retraso en la recompensa como factores centrales, bajo el paradigma de la conducta operante. El comportamiento de las personas se considera impulsivo si prefieren una recompensa inmediata más pequeña a una recompensa mayor y diferida, incluso si ésta es menor.

A partir del modelo neuropsicológico Gray (1982, 1987) propuso que la sensibilidad a la recompensa es un determinante importante de la impulsividad.

“Según su teoría, la conducta motivada está mediada por dos sistemas, el sistema de activación conductual (SAC) y el sistema de inhibición conductual (SIC). El SAC regula el comportamiento apetitivo y de búsqueda de recompensas y aumenta el rendimiento motor. La contraparte de este sistema, el BIS, actúa activamente en la evitación pasiva del castigo y la no recompensa y disminuye la producción motora. Las diferencias individuales en personalidad pueden reducirse a variaciones en la fuerza relativa de los dos sistemas: las personas impulsivas tienen un BAS relativamente más fuerte que el SAC, mientras que las personas propensas a la ansiedad tienen un BIS relativamente más fuerte que el SIC” (En Nederkoorn et al 2006, página 317).

Según Barratt (1993), la impulsividad es un rasgo de personalidad complejo que se muestra en la tendencia a realizar conductas motoras rápidas, no planeadas cuya consecuencia no cubre los objetivos para los cuales fue puesta en marcha de ahí su ineficiencia y equivocación. La impulsividad para Moeller et al en 2001, coinciden con Barratt como una predisposición a reacciones rápidas sin planeación a partir de estímulos internos o externos: el individuo no considera las consecuencias de su reacción en sí mismo y en los otros. Carecen además de autoevaluación .

Whiteside y Lynam (2001) obtuvieron cuatro factores en medidas comunes de impulsividad autoinformadas:

- (1) Falta de premeditación, muestra la falta de pensamiento o planificación antes de actuar.
- (2) Búsqueda de sensaciones, se refiere a la exploración de experiencias novedosas y emocionantes con frecuencia sin medir los riesgos que ello conlleva.
- (3) Falta de perseverancia, muestra una incapacidad para mantener la atención o el esfuerzo durante las tareas. Y
- (4) Urgencia, que es la tendencia a cometer acciones precipitadas muchas veces lamentables, en contextos emocionales. De aquí se derivan la positiva y la negativa. La positiva donde la persona comete acciones imprudentes o lamentables cuando se expone a posibles recompensas (Cyders et al., 2007); la negativa vinculada a estados emocionales negativos y la escala de personalidad de Neuroticismo (Costa & MacCrae, 1992).

Para Servera y Galván (2001), la impulsividad tiene tres secciones:

- a) *La cognitiva, compuesta de procesos de percepción y de modelos cognitivo- conductuales:*

“La impulsividad puede ser caracterizada como un constructo que engloba cambios de acción sin un juicio consciente, respuestas sin un adecuado pensamiento, actos con menor precaución, toma de riesgos sin planeación y construcción de pensamientos rápidos y espontáneos (Fernandez et al 2008. En Negrete-Cortés, 2012, página 15).

Entre los procesos psicológicos se encuentran la inhibición cognitiva y la reflexión-impulsividad.

- b) *De personalidad, incluye el estilo cognitivo y el marco bio-factorial.* En esta división se encuentra otras subdivisiones:

- ▶ Impulsividad disfuncional que se define como la tendencia a actuar con poca precaución;
- ▶ Impulsividad funcional, se refiere a la tendencia a actuar con menor precaución cuando la situación es óptima (Dickman, 1990. En Negrete-Cortés, 2012, página 16).
- ▶ Factor de impulsividad, se refiere a actuar sin pensar en las consecuencias,

- ▶ Factor aventurero, es el actuar considerando cuidadosamente la situación y decidiendo conscientemente tomar el riesgo (Eysenck, 1993. En Negrete-Cortés, 2012, página 16).

c) *La manifiesta, operante o conductual con dos componentes: el motor y el social.*

La impulsividad considerada conducta impulsiva es la ejecutada por un individuo cuyo impacto se encuentra en el contexto social. Como señala Negrete-Cortés (2012), se toma en consideración la cantidad y la demora para la toma de decisiones,

“es posible estar frente a tres posibles condiciones: Se considera la existencia de una elección entre dos resultados que son de igual tamaño, pero en la que un resultado puede ocurrir después que otro, en este caso sería más común elegir el resultado próximo lo cual es una conducta adecuada. Ahora, si la elección entre dos resultados que pueden ocurrir al mismo tiempo, pero un resultado es mayor que el otro se puede asegurar el elegir el mayor y la conducta sería adecuada. Sin embargo, si existe una elección entre dos resultados en la cual uno de ellos es mayor pero más demorado mientras que el otro es pequeño pero inmediato, elegir el resultado más grande pero demorado es definido como una conducta de auto-control, y elegir el menor e inmediato es denominada una conducta impulsiva” (página 19).

Por último, si la impulsividad se relaciona con los patrones de recompensa disponibles para ciertas conductas, se reconocerían las características de la conducta impulsiva, a partir de las propiedades generadas por las recompensas de la conducta (Mazur et al., 1987; Shizgal & Conover, 1996). Estas características se pueden trasladar a recompensas sociales o alimentarias, haciendo la diferencia entre conducta impulsiva y conducta compensatoria.

Para Whiteside y Lynam (2001), la impulsividad está presente en varios modelos que intentan explicar la personalidad, así como es un criterio diagnóstico importante en diversas psicopatologías y trastornos de control de impulsos descriptos.

Zald (2015), realiza un recorrido de la Impulsividad a través de sus facetas: instrumentos de medición, correlaciones y factores, psicopatología, bases biológicas de la conducta y su neuroimagen. Destaca las mediciones psicológicas a través de autorreportes y cuestionarios, los tipos de trastorno mental y las evidencias por neuroimagen de la relación de la impulsividad con bajos niveles receptores de dopamina en el mesencéfalo y mayor liberación de dopamina estriatal inducida por agentes externos.

En 2012, Negrete-Cortés, señala que el concepto de impulsividad cubre un rango muy amplio de conductas cuyas consecuencias son frecuentemente indeseables. Los estudios correlacionales respuestas a instrumentos de autoinformes y variables conductuales muestran diversos factores de la impulsividad.

Desde la Obesidad

En el mecanismo biológico de la obesidad intervienen procesos metabólicos que comprenden *la ingesta alimenticia, su transformación en materiales flexibles y el catabolismo para obtener la energía necesaria para el sistema orgánico* (Nava, 2010). Algunos enfoques clínicos y de la salud dan aproximaciones a la relación compleja entre la obesidad y la impulsividad. Ambas contienen aspectos biológicos, sociales, psicológicos, ambientales, culturales, de personalidad y anómalos, cuyo eje central es la acción de comer y sus derivados -procesos encefálicos, neurobiológicos, metabólicos, cognoscitivos, conductuales, emocionales, entre otros-.

En el ámbito social, se le juzga a una persona que come en mayor cantidad o porción que otros -en exceso- como carente de control de impulsos, “impulsada” por la ansiedad, la depresión o se encuentra insatisfecha con su propia imagen corporal además de tener una baja autoestima (psicologo-zaragoza, 2023). Este comportamiento en niños lo estudiaron Nederkoorn et al en 2006, sobre el papel de la impulsividad en la conducta de ingesta. Se preguntaron: ¿Por qué los niños no pueden resistirse a comer? siendo tan adversas las consecuencias a la salud como la presencia de Obesidad el comer en exceso. Para Nederkoorn et al en 2006, la impulsividad y la Obesidad se relación en niños y adultos obesos:

- a) **La impulsividad es una característica de la personalidad** que potencialmente tiene consecuencias cruciales para el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Otros estudios apoyaron la tesis que las personas obesas carecían de control de impulsos con mayor frecuencia que las personas delgadas, apoyados con escalas de rasgos de impulsividad: mayor puntuación en obesos que en delgados (Ryden et al., 2003, 2004). Este enunciado dirigió el tratamiento conductual en autocontrol.
- b) **El retraso de la gratificación.** Predilección por la recompensa pequeña y directa en vez de la mayor con mayor retraso, por niños obesos mayor frecuencia que los niños de peso normal (Bonato & Boland, 1983; Bourget y White, 1981; Geller, Keane y Scheirer, 1981).
- c) **La comorbilidad** entre la obesidad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en los niños (D.S.M.-IV-TR, 2002). Los niños obesos en tratamiento tienen una incidencia mucho mayor de TDAH (58 por ciento) que la población general (10 por ciento) (Agranat-Meged et al., 2005).
- d) **Impulsividad mayor** se relaciona con el fracaso en el tratamiento de la obesidad por pérdida de peso (Jönsson et al 1986; Hjördis & Gunnar, 1989).

Otros autores han relacionado la impulsividad como factor asociado a la condición obesa de niños y de adultos. Vite et al. (2020), estudiaron en población infantil obesa las elecciones de alimentos se veían influidas por la inmediatez del reforzador (obtener comida inmediatamente) sin esperar mucho tiempo para obtenerlo.

Las situaciones en el consumo de alimentos se encuentran en su disponibilidad, el valor de la gratificación, el esfuerzo requerido para obtenerla y el tiempo en que se obtendrá. Los elementos son: inmediatez, esfuerzo, calidad y programa de reforzamiento (Neef, Bicard y Endo, 2001); elección de alimentos chatarra -asociados con problemas de sobrepeso y la obesidad- altamente calóricos y alto valor gratificante (Alfaro-Belmont et al 2021).

En trastornos por déficit de atención, conducta impulsiva es definida como la elección entre alternativas de respuesta disponibles de manera concurrente que producen una ganancia relativamente baja pero inmediata, en lugar de una relativamente alta pero demorada. (Neef et al,

2005). Utilizaron una breve evaluación por computadora con opciones de problemas aritméticos, presentados simultáneamente y asociados con dimensiones de refuerzo en competencia para evaluar la impulsividad (elecciones controladas por la inmediatez del reforzador), así como la influencia relativa de otras dimensiones (tasa de refuerzo, calidad y esfuerzo de respuesta) en niños. Sus resultados muestran que las elecciones de los niños con TDAH estuvieron más influenciadas por la inmediatez y la calidad del reforzador y menos por el ritmo y el esfuerzo, lo que sugiere impulsividad. Mientras que las elecciones de los niños en el grupo sin TDAH estuvieron más influenciadas por la calidad del reforzador y la influencia de la inmediatez en relación con las otras dimensiones no fue estadísticamente significativa (página 23).

El acto de comprar es derivado de un motivo y tiene el propósito de satisfacer una necesidad. Una vez identificada esta última, la evolución del aprendizaje del consumidor y sus convicciones condicionan el consumo (Tejero-Molina, 2021). En este tipo de conducta, la impulsividad es un factor importante en la toma de decisiones del consumidor en las compras y su tipo compulsivo, implican conductas no planificadas, irreflexivas y más componentes cognitivo conductuales y emocionales subyacen en la toma de decisiones (Yu-Feng & Feng-Yang, 2012). En el periodo de pandemia por COVID 19 (2020-2023), se incrementaron los pedidos de comida a domicilio a través de servicios digitales y a distancia." La aparición y posterior evolución del virus SARS-CoV-2 ha modificado no solo la situación sanitaria y económica sino también los comportamientos sociales de los individuos. Las percepciones y preferencias del consumidor han cambiado, originando nuevos hábitos de compra... la pandemia y el comportamiento del consumidor han evolucionado al unísono..." (Tejero-Molina, 2021, página 30).

Un campo común: la salud mental y orgánica

Como señalan Medina et al (2017), los impulsos -y su incapacidad para controlarlos- *son núcleo de la clínica en los trastornos mentales orgánicos, es decir, cuando es observable la presencia de un daño cerebral, como ocurre en demencias, cuadros de alteración de conciencia, enfermedades neurodegenerativas, tumores cerebrales, afectación cerebral por patología somática... En estos casos,*

la impulsividad y la pérdida del control de los impulsos se basan en la desinhibición, en la pérdida de la capacidad para inhibir conductas no adecuadas (página 23).

La impulsividad (y sus trastornos) pueden estar presentes en cuadros afectivos (manía o depresión), en trastornos de conducta alimentaria, en trastornos psicóticos, entre otros. Los trastornos del Atracón (DSM V, 2023) se caracteriza por el consumo de grandes cantidades de alimentos en un período de tiempo, con una sensación concurrente de pérdida de control (APA, 2013.). Relacionada con la obesidad cuya entidad tiene múltiples etiologías (Keith et al., 2006) como los ambientales, sociales e individuales como la conducta alimentaria.

Bajo los criterios diagnósticos del D.S.M. V (2023) cubre algunos criterios:

“B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno/a.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo/a, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno/a mismo/a, deprimido/a o muy avergonzado/a.

C. Malestar intenso respecto a los atracones” (D.S.M. V, TR, 2023).

García Palacios (2014) enfatiza:

El trastorno se presenta en personas con un peso normal, con sobrepeso y con obesidad... aunque hay una relación de este trastorno con la obesidad, no es adecuado equipararlo con la misma, ya que la mayoría de las personas obesas no realizan atracones de forma recurrente (página 71).

Más adelante señala del trastorno del atracón implica un deterioro en la calidad y la satisfacción con la vida, problemas de adaptación social, mayor mortalidad y morbilidad, “*mayor riesgo de desarrollo de obesidad y mayor utilización de recursos sanitarios... presenta*

*comorbilidad con el trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y, en menor medida, con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias... la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad del trastorno y no con el grado de obesidad*¹ (página 78).

Romero-Baños & Zúñiga-Chacón (2016) refieren que la conducta impulsiva y el déficit en habilidades de autorregulación pueden suscitar condiciones adversas en la salud y el bienestar físico y psicológico -mayor ansiedad equivale a mayor impulsividad- con una reducción en la calidad de vida del individuo. Las autoras añaden *que los individuos con sobrepeso y la obesidad no necesariamente presentan conducta impulsiva en todas las áreas de su vida, sino únicamente en la ingesta de alimentos* (página 31). Las consecuencias se pueden observar en el predominio de hábitos mal adaptativos con alimentación poco saludable y conductas sedentarias, frecuentes en personas con sobrepeso u obesidad (Hernández-González et al., 2015).

Carr et al., 2021, revisaron los conceptos de impulsividad y compulsión en los trastornos del atracón. Las formas de impulsividad son rápidas y de elección (Hamilton et al., 2015a; Hamilton et al., 2015b). Mientras que la compulsión es un concepto heterogéneo integrado de flexibilidad cognitiva, el cambio de escenario y el aprendizaje de hábitos (Verdejo-García, 2018). Si bien sus resultados no fueron concluyentes, muestran la importancia de ambos conceptos en la conducta alimentaria.

De esta manera, la persona con obesidad para entrar en la clasificación diagnóstica del trastorno por atracón requiere de una evaluación que incluya la ocurrencia de episodios recurrentes de atracones-ingesta y sensaciones. Incluyendo al síndrome del comedor nocturno que se asocia a mayores índices de masa corporal (Colles et al 2007).

A manera de conclusión resalta la complejidad de la relación entre la impulsividad y la obesidad. En un intento de sintetizar más no de simplificar esta relación, se destaca

1. La importancia de las bases neurofisiológicas corticales identifican áreas de activación de la conducta impulsiva, mientras que las bases biológicas de la obesidad son neuroendocrinas.

¹ Las letras negritas son de la autora

2. La impulsividad tiene componentes psicológicos muy importantes como la conducta, la cognición, la personalidad, las emociones y las relaciones interpersonales, independientes de la condición de peso del individuo.
3. El mayor componente de la obesidad es el metabólico y neuroendocrino
4. La Obesidad como trastorno del atracón tiene una escasa vinculación con la conducta impulsiva.
5. La condición de obesidad y sobrepeso es multifactorial.
6. La importancia de las emociones básicas como de las complejas en la génesis de la obesidad.
7. Control interno versus control externo, evaluación integral.
8. Desmitificar al individuo con obesidad: Es persona con una condición orgánica de riesgo asociada.
9. Investigar más sobre procesos cognoscitivos asociados y de conductas compensatorias.
10. Estar obeso es una condición de enfermedad orgánica que puede estar asociada a ciertos trastornos mentales.

Comer en exceso requiere de una evaluación multimodal donde se pueda plantear a través de una descripción diagnóstica diferencial los componentes de la conducta de consumo excesiva, desde su espectro biológico hasta el ambiental, que pueda sentar las bases para comprenderla y establecer con bases firmes, estrategias de atención para el bienestar del individuo y de su ambiente social. La dificultad individual de la regulación del consumo de alimentos requiere de más estudios tomando en cuenta al propio individuo quien presenta la condición de peso, necesita alimentarse y aprender cómo hacerlo de manera saludable.

Referencias

- Agranat-Meged, A.N., Deitcher, C., Goldzweig, G., Leibenson, L., Stein, M., & Galili-Weisstub, E. (2005). Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: a newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Disord*, 37(4), 357-359. doi:10.1002/eat.20096. PMID: 15856493.
- Alfaro-Belmont, J.N., Romero-Sánchez, P., & Vite-Sierra, A. (2021). Ansiedad como predictor de la conducta impulsiva en niños con sobrepeso y obesidad. *Psicología y Salud*, 31(2), 179-194. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2701>.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, 4ª. Ed. MASSON.
- American Psychiatric Association (2023). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Médica Panamericana.
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. G., McCown, J. L. Johnson & M. B. Shure. *The impulsive Client*, (páginas 39-53). American Psychological Association.
- Bonato, D.P., & Boland, F.J. (1983). Delay of gratification in obese children. *Addict Behav*, 8(1), 71-74. doi: 10.1016/0306-4603(83)90059-x.
- Bourget, V., & White, D. R. (1984). Performance of overweight and normal-weight girls on delay of gratification tasks. *International Journal of Eating Disorders*, 3(3), 63-71. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198421\)3:3<63::AID-EAT2260030306>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198421)3:3<63::AID-EAT2260030306>3.0.CO;2-6)
- Carr, M.M., Wiedemann, A.A., Macdonald-Gagnon, G., & Potenza, M.N. (2021). Impulsivity and compulsivity in binge eating disorder: A systematic review of behavioral studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 110, 110318, 1-14. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110318.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2008). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality measurement and testing* (pp. 179-198). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>
- Cyders, M.A., Smith, G.T., Spillane, N.S., Fischer, S., Annus, A.M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychol Assess*, 19(1), 107-118. doi: 10.1037/1040-3590.19.1.107. PMID: 17371126.
- Dougherty, D.M., Bjork, J.M., Harper, R.A., Marsh, D.M., Moeller, F.G., Mathias, C.W. & Swann, A.C. (2003). Behavioral impulsivity paradigms: a comparison in hospitalized adolescents with disruptive behavior disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 44(8), 1145-1157. doi: 10.1111/1469-7610.00197.
- Geller, S. E., Keane, T. M., & Scheirer, C. J. (1981). Delay of gratification, locus of control, and eating

- patterns in obese and nonobese children. *Addictive Behaviors*, 6(1), 9–14. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(81\)80002-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(81)80002-0)
- Gray, J. A. (1982). The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system. Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*, 21, 493– 509. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(87\)90036-5](https://doi.org/10.1016/0092-6566(87)90036-5)
- Hernández-González, C., Flórez-Alarcón, L., Aedo-Santos, Ángeles, Rojas-Russell, M. E., Serrano-Alvarado, K., & López-Cervantes, M. (2015). Asociación de la ansiedad y el autocontrol con la calidad de vida en adultos con sobrepeso u obesidad. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3(1), 31-37. <https://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/46901/42255>
- Hjördis, B., & Gunnar, E. (1989). Characteristics of Drop-outs from a long-term behavioral treatment program for obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 363-368. DOI:10.1002/1098-108X(198905)8:3<363::AID-EAT2260080311>3.0.CO;2-3C
- Jönsson, B., Björvell, H., Levander, S., & Rössner, S. (1986). Personality traits predicting weight loss outcome in obese patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74(4), 384–387. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1986.tb06258.x>
- Mazur, J. E., Stellar, J. R., & Waraczynski, M. (1987). Self-control choice with electrical stimulation of the brain as a reinforcer. *Behavioural Processes*, 15(2-3), 143–153. [https://doi.org/10.1016/0376-6357\(87\)90003-9](https://doi.org/10.1016/0376-6357(87)90003-9)
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783–1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>.
- Nava-Rivera, A. (2010). Presente y futuro de la obesidad. En Guillén-Riebeling, R.S. *Psicología de la Obesidad*. (Páginas 23-36). UNAM, FES Zaragoza
- Nederkoorn, C., Braet, C., Van Eijs, Y., Tanghe, A., & Jansen, A. (2006). Why obese children cannot resist food: the role of impulsivity. *Eat Behav*, 7(4), 315-322. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.11.005.
- Neef, N. A., Bicard, D. F., & Endo, S. (2001). Assessment of impulsivity and the development of self-control in students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(4), 397–408. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-397>
- Neef, N.A., Marckel, J., Ferreri, S.J., Bicard, D.F., Endo, S., Aman, M.G., Miller, K.M., Jung, S., Nist, L., Armstrong, N. (2005). Behavioral assessment of impulsivity: a comparison of children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *J Appl Behav Anal*, 38(1), 23-37. doi: 10.1901/jaba.2005.146-02.
- Negrete-Cortés, J.A. (2012). *Evaluación de la conducta impulsiva y desarrollo de autocontrol en adolescentes testigos de violencia familiar*. Tesis Doctorado Psicología, UNAM, Posgrado Psicología.
- Romero-Baños, T.P. & Zúñiga-Chacón, G.L. (2016). *Relación entre ansiedad y conducta impulsiva en una muestra de niños escolares con sobrepeso y obesidad*. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, Fac. de Psicología. Inédita
- Ryde'n, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A. -K., & Taft, C. (2003). Severe obesity and personality: A comparative controlled study of personality traits. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 27(12), 1534-1540. doi: 10.1038/sj.ijo.0802460. PMID: 14634686.
- Ryde'n, A., Sullivan, M., Torgerson, J. S., Karlsson, J., Lindroos, A. -K., & Taft, C. (2004). A comparative controlled study of personality in severe obesity: A 2-y follow-up after intervention. *International Journal of Obesity Relat Metab Disord*, 28(11):1485-1493. doi:10.1038/sj.ijo.0802768.
- Servera-Barceló, M. & Galván-Pascual, M.R. (2001). *Problemas de impulsividad e inatención en el niño: propuestas para su evaluación*. Secretaria General Técnica Subdirección General de Información y Publicaciones. <http://hdl.handle.net/11162/60236>.
- Shizgal, P., & Conover, K. (1996). On the neural computation of utility. *Current Directions in Psychological Science*, 5(2), 37–43. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772715>
- Tejero-Molina, E. (2021). El consumidor en la nueva realidad. Hábitos de compra en el sector de la alimentación tras el impacto de la COVID-19. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/52258/TFG%20-%20Tejero%20Molina%2c%20Eugenia.pdf>
- Torres, V., Castro-Sánchez, A. M^a, Matarán-Peñarocha, G. A., Lara Palomo, I., Aguilar-Ferrándiz, M^a E., & Moreno-Lorenzo, C. (2011). Beneficios de la terapia cognitivo-conductual y la presoterapia en pacientes obesos: ensayo clínico aleatorizado. *Nutr. Hosp*, 26(5), 1018-

1024.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000500015&lng=es.

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669–689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)

Yu-Feng, H., & Feng-Yang, K. (2012). How impulsivity affects consumer decision-making in e-commerce. *Electronic Commerce Research and Applications*, 11(6), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.elerap.2012.09.004>

Zald, D.H. (2015). *Impulsivity. Brain Mapping: An Encyclopedic*, 387-389. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-397025-1.00259-1>





Revisión de las Guías Alimentarias en México

Review of the Dietary Guidelines in Mexico

Maricruz Morales Salinas

Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
psicmaricruzms@gmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2023.13.50.88409>

Resumen

Actualmente se reconoce la relación entre dietas saludables y un planeta sano con un estilo de vida saludable y sustentable para los individuos. Si bien la dieta debe cumplir con características para promover la buena salud; los alimentos producidos, transportados y consumidos, no deben causar deterioro al planeta evitando el sobreconsumo y el desperdicio de los alimentos por su impacto en la utilización de recursos para su producción (CIAD, 2023). Al igual que otros países, México ha trabajado en la actualización de las guías alimentarias para la población mexicana, las Guías Alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana son una herramienta para ayudar a las personas a tener una alimentación saludable, por medio de mensajes y consejos prácticos que se deben adoptar por salud, para la prevención de enfermedades y la protección del medio ambiente. Son una herramienta que ayuda a quienes toman decisiones en el país, para que puedan orientar sus políticas y programas, para así ayudara adoptar y mantener una alimentación saludable y sostenible (Secretaría de Salud, 2023). Por lo que el propósito de este artículo es hacer una revisión de los antecedentes de la creación de estos instrumentos, los objetivos y la información específica que abarcan, principalmente la mas reciente publicada.

Palabras clave: nutrición, obesidad, alimentación, recomendaciones, salud.

Abstract

The relationship between healthy diets and a healthy planet with a healthy and sustainable lifestyle for individuals is currently recognized. Although the diet must meet characteristics to promote good health; Food produced, transported and consumed should not cause deterioration to the planet, avoiding overconsumption and food waste due to its impact on the use of resources for its production (CIAD, 2023). Like other countries, Mexico has worked on updating dietary guides for the Mexican population. The healthy and sustainable Dietary Guides for the Mexican population are a tool to help people have a healthy diet, through messages and practical advice that should be adopted for health, disease prevention and environmental protection. They are a tool that helps those who make decisions in the country, so that they can guide their policies and programs, in order to help adopt and maintain a healthy and sustainable diet (Secretaría de Salud, 2023). Therefore, the purpose of this article is to review the background of the creation of these instruments, the objectives and the specific information they cover, mainly the most recent published.

Keywords: nutrition, obesity, food, recommendations, health.

Recibido el 29 de mayo de 2023.
Aceptado el 25 de julio de 2023.



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

Antecedentes

En la actualidad se ha dado mayor **énfasis** a la forma y tipo de alimentación, esto es debido a la importancia que tiene llevar una dieta sana que permita la prevención de la malnutrición ya sea por deficiencia o por exceso, además de la prevención de enfermedades no transmisibles y la obesidad. Se destaca la relevancia ya que, en todo el mundo, las dietas malsanas y una vida cotidiana cada vez más carente de actividad física se encuentran entre los principales factores de riesgo para la salud (OMS, 2018).

Cuando se cubren las necesidades de energía y de nutrientes, a través de la ingesta de alimentos sanos, adecuados tanto en cantidad como en calidad, se puede garantizar un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo en los individuos. Por lo que la Organización Mundial de la Salud (2018), pone de relieve la necesidad de que todos los sujetos tengan una alimentación variada, equilibrada y saludable, pero sin dejar de lado que estará determinada por las características particulares de cada persona, considerando su edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física, además del contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar donde habita y los hábitos alimentarios.

Con base en el conocimiento de los contenidos de nutrientes de los alimentos, para la integración de una alimentación balanceada la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2010) propone los siguientes principios:

1. La alimentación debe ser suficiente en cantidad de alimentos para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales del organismo y cubrir todos sus requerimientos según edad, sexo, talla, peso, actividad física.
2. Debe ser completa; es decir, debe contener todos los nutrientes para ofrecer al ser humano todas las sustancias que integran sus tejidos: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.
3. Los alimentos deben guardar una proporción apropiada entre sí; es decir, que deben aportar las cantidades de nutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento del organismo.

4. Los alimentos deben ser adecuados a las condiciones fisiológicas de cada individuo, según su edad y la actividad física que realiza.
5. Inocua: que su consumo no implique riesgos, que no haga daño. El alimento debe estar higiénicamente preparado y libre de contaminantes químicos, bacteriológicos y físicos.
6. Se debe procurar que la dieta sea atractiva y variada; que estimule los sentidos y que evite la monotonía, incluyendo diferentes alimentos en cada comida.

Teniendo en cuenta las características antes mencionadas sobre ajustar el tipo de alimentos y el consumo de los mismos a las necesidades, contexto y hábitos de vida cotidiana, se han generado Guías Alimentarias Basadas en Alimentos o también conocidas sencillamente como Guías Alimentarias. El origen de estos instrumentos informativos se presenta en el siglo XIX con los avances en la ciencia de la nutrición que permitió focalizar la importancia de una dieta equilibrada, pero es hasta 1943 que en el Reino Unido se publica, de una manera más formal, las “Pautas Alimentarias de la Guerra”, como un intento para afrontar la escasez de alimentos que se dio durante la Segunda Guerra Mundial, con el objetivo de garantizar una alimentación adecuada para la población en tiempos de crisis. Para 1977, se presenta la mayor acción para la generación de información a la población por el gobierno de Estados Unidos, que publicó las primeras guías conocidas como *objetivos* “Dietary Goals for the United States”, estos objetivos fueron la base para las futuras Guías Alimentarias, marcando así el comienzo de los trabajos más profundos para la nutrición y la salud pública (Poo, 2023).

Las guías alimentarias tienen por objeto ser una base para la conformación de políticas nacionales para la alimentación, nutrición, salud y agricultura, pero también para el desarrollo de programas de educación nutricional que pretenden conseguir la formación de hábitos de alimentación y estilos de vida sanos, por lo que se consideran una oportunidad viable para impactar de forma favorable el sistema alimentario, desde la producción hasta el consumo. Lo que se puede encontrar en ellas son consejos sobre alimentos, grupos de alimentos y modelos alimentarios que proporcionan los nutrientes necesarios, para fomentar la salud en general y la prevención de enfermedades crónicas (FAO, 2023).

En México

El inicio de las Guías Alimentarias en México se utiliza alrededor de 1960 con la publicación de las “Normas de Alimentación para la República Mexicana” por el Instituto Nacional de Nutrición (2023), que fueron pautas para una alimentación equilibrada en un momento en el que la desnutrición era un problema de Salud Pública. Con los cambios en los patrones de alimentación en la población mexicana también se vio la necesidad de hacer cambios que en estas herramientas por lo que, en 2005, se publicaron las Guías Alimentarias para la Población Mexicana, por parte de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública, que se centraron en la promoción de una alimentación saludable y la prevención de enfermedades crónicas (Poo, 2023).

En años más recientes, específicamente en el 2020, se publican las Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana, tanto población en general como a proveedores de salud, que se adapta para brindar información actualizada y veraz, para que la población tenga una toma de decisiones sobre los patrones de alimentación y actividad física acordes a una vida saludable, además de las guías están dirigidas tanto a proveedores de servicios de salud como a la población en general (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

Para el año 2023, con la revisión de evidencia científica más reciente, se actualizan y complementan las guías, ando así la conformación de *GUÍAS ALIMENTARIAS SALUDABLES Y SOSTENIBLES PARA LA POBLACIÓN MEXICANA 2023*, que es un trabajo conjunto entre Comité de expertos nacionales e internacionales de diversas disciplinas, y un Comité multisectorial nacional más amplio, conformado por diversos sectores del gobierno, organismos internacionales, la academia y la sociedad civil, liderados por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud (SSA). En este documento se presentan 10 recomendaciones principales para la población mexicana, dirigidas a niñas y niños escolares, adolescentes y adultos, que son (Secretaría de Salud, 2023):

1. Durante los primeros 6 meses de vida, los bebés necesitan solo leche materna, después, complementar su alimentación junto con otros

alimentos nutritivos y variados, hasta por lo menos los dos años de edad.

2. Más verduras y frutas frescas en todas nuestras comidas. Las de temporada, que son más económicas y, cuando sea posible, las de producción local.
3. Consumamos diariamente frijoles, lentejas o habas, preparados como guisados, sopas o con verduras, tienen proteínas y fibra, son prácticos y económicos.
4. Elijamos cereales integrales o de granos enteros, como tortillas de maíz, avena, arroz, o tubérculos como la papa, tienen vitaminas, fibra y dan energía.
5. Comamos menos carne de res y carnes procesadas. En su lugar, consumamos más frijoles, lentejas, huevo, pollo o pescado. Por nuestra salud y la del planeta, elijamos más alimentos de origen vegetal.
6. Evitemos los alimentos ultraprocesados como embutidos, papitas, galletas, pan dulce y cereales de caja, ya que tienen mucha grasa, sal y/o azúcar. Elijamos los alimentos sin sellos o con el menor número de sellos.
7. Tomemos agua natural a lo largo del día y con todas nuestras comidas, en lugar de bebidas azucaradas como refrescos, jugos, aguas preparadas con sobres en polvo y bebidas deportivas, que pueden dañar nuestra salud.
8. Evitemos el consumo de alcohol, por el bienestar de nuestra salud física y mental y de nuestras familias.
9. Hagamos más actividad física como caminar, correr o bailar, en lugar de pasar tiempo sentados o frente a la pantalla (celulares, televisión, videojuegos y otros dispositivos electrónicos). ¡Cada movimiento cuenta!
10. Disfrutemos de nuestros alimentos en familia o con amigos cuando sea posible. Participemos todas y todos en la planeación y preparación de las comidas, sin desperdiciar alimentos.

La finalidad de esta actualización es que al seguir las recomendaciones se logre disminuir el riesgo de mala nutrición y enfermedades crónicas, pero también preservar la cultura alimentaria mexicana, proteger los recursos naturales y el cuidado del medio ambiente. La importancia de esta información radica en la utilidad que cada uno desde su propia trinchera, contribuir a mejorar la salud de la población y generar cambios de hábitos que lleven a conformar una vida más saludable y sostenible, con información basada en evidencia adecuada a la situación actual en México.

Guías Alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2023

Recomendaciones para fomentar mejores hábitos de alimentación sin afectar el medio ambiente

En los últimos años, hemos cambiado los alimentos saludables como las verduras y frutas, las leguminosas, los cereales integrales y el pescado por productos ultraprocesados con exceso de azúcar, grasas, sal y calorías

Esto provoca obesidad, enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y cáncer, entre otras. Además de deficiencias en nutrición debido al bajo contenido de vitaminas y minerales de esos productos

Todos estos problemas se pueden combatir promoviendo **dietas saludables y sostenibles** ²

LAS DIETAS SALUDABLES Y SOSTENIBLES

Son hábitos de alimentación saludables, accesibles económicamente, para mejorar la nutrición y salud de la población, cuidando el medio ambiente



Inician con la **lactancia materna exclusiva**, y consisten principalmente en una alimentación basada en **alimentos de origen vegetal** sin procesar

Para **hacer frente a la mala nutrición, cuidar nuestra salud y la del planeta**, se requiere una **transformación en los sistemas alimentarios** ³



Las **Guías Alimentarias** contienen recomendaciones sobre qué alimentos debemos consumir diariamente, cuánta agua debemos de tomar al día, los productos que debemos evitar, como los que tienen los sellos frontales, así como el tipo de actividad física que nos ayuda a mantenernos saludables

Estas recomendaciones no solo ayudarán a disminuir el riesgo de mala nutrición y enfermedades crónicas, también a preservar la cultura alimentaria mexicana, proteger nuestra biodiversidad y contribuir al cuidado del planeta

En las Guías alimentarias están las recomendaciones sobre alimentación accesible económicamente y estilos de vida saludables, para mejorar la nutrición y salud de la población, cuidando el medio ambiente

1. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 y 2018-19. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/>

2. FAO, OMS (2019). Sustainable healthy diets – Guiding principles. FAO, Roma. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516648>

3. Willett, W. et al. Food in the Anthropocene: The EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems (2019). *Lancet*, 6736, 3–49

El desarrollo de estos materiales ha sido posible gracias a la contribución técnica y financiera de UNICEF

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa



gob.mx/salud



A manera de conclusiones las Guías Alimentarias permiten tener información apropiada que el profesional de la salud puede brindar a la población, que es clara, comprensible y accesible, proporcionando alternativas para una mejor toma de decisiones en la elección de alimentos, que se pueda tener una comprensión de los beneficios de hacerlo y lograr un estilo de vida sano y consiente, promoviendo la salud integral en la población.

Referencias

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2020). *Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana*. <https://www.insp.mx/epppo/blog/3878-guias-alimentarias.html>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2010). *Guía Metodológica para la Enseñanza de la Alimentación y Nutrición*. <https://www.fao.org/3/am283s/am283s00.pdf>

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD). (2023). *Nuevas guías alimentarias para la población mexicana y el Plato del Bien Comer*. <https://www.ciad.mx/nuevas-guias-alimentarias-para-la-poblacion-mexicana-y-el-plato-del-bien-comer/>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2023). *Guías alimentarias basadas en alimentos*. <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet#:~:text=Una%20dieta%20saludable%20ayuda%20a,accidentes%20cerebrovasculares%20y%20el%20c%C3%A1ncer.>

Poo, J.L. (2023). *Las Nuevas Guías Alimentarias 2023*. Nutrición y ejercicio. <https://amhigo.com/actualidades/ultimas-noticias/120-nutricion-e-higado/2184-nuevas-guias-alimentarias-2023#:~:text=Las%20ra%C3%ADces%20de%20las%20Gu%C3%ADas,surgieron%20las%20primeras%20pautas%20formales.>

Secretaría de Salud (SSA), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). *Guías Alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2023*. México. <https://www.gob.mx/promosalud/articulos/que-son-las-guias-alimentarias>





Consideraciones psicológicas del consumo de alimentos (Parte 1)

Psychological considerations of food consumption (Part 1)

Dolores Patricia Delgado Jacobo

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

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2023.13.50.88410>

Resumen

La conducta alimentaria es un comportamiento que se relaciona con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones de los propios alimentos y las cantidades que se ingieren. Los estilos de alimentación, preferencias y rechazos hacia alimentos específicos, corresponden al aprendizaje y las experiencias vividas de la persona. Existen factores que se relacionan con la conducta alimentaria, como la personalidad y el estilo de afrontamiento, que pueden ser intermediarios en el comportamiento alimentario. Se consideran dos directrices permiten identificar los factores psicobiológicos de la conducta alimentaria a partir de las funciones nutricias de los alimentos en el organismo y en los procesos cognoscitivos, conductuales, emocionales y de salud, por lo que en este artículo se describen cuatro componentes psicológicos del consumo de alimentos: la vinculación de conducta y emociones; las cogniciones; la salud y las relaciones social y entorno.

Palabras clave: conducta alimentaria, factores psicológicos, cognición, elección, patrones de consumo.

Abstract

Eating behavior is a behavior that is related to eating habits, the selection of foods that are ingested, the preparations of the food itself and the quantities that are ingested. Eating styles, preferences and rejections towards specific foods correspond to the learning and lived experiences of the individual. There are factors that are related to eating behavior, such as personality and coping style, which can be intermediaries in eating behavior. Two guidelines are considered to identify the psychobiological factors of eating behavior based on the nutritional functions of food in the body and in the cognitive, behavioral, emotional and health processes, so this article describes four psychological components of food consumption: the link between behavior and emotions; cognitions; health and social relations and environment.

Keywords: eating behavior, psychological factors, cognition, choice, consumption patterns.

Recibido el 17 de enero de 2023.

Aceptado el 22 de mayo de 2023.



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

El intercambio de energía realizado por los seres vivos permite llevar a cabo las funciones indispensables a lo largo de su desarrollo y de su vida, a través del consumo de nutrientes proporcionados por los alimentos -ingreso- al organismo quien procesa, utiliza y elimina los excedentes. En los seres vivos superiores y principalmente en el ser humano, los intercambios de energía facilitan el desplazamiento del individuo, así como la conservación del estado estable homeostático -temperatura, metabolismo, entre otros-. Ciertos alimentos le proporcionarán los nutrientes indispensables para el funcionamiento neural: calcio y potasio, o procesos metabólicos con las vitaminas y minerales. A diferencia de otras especies, el ser humano tiene la capacidad biológica para procesar la ingesta de carnes, vegetales, semillas, agua y otras bebidas en diferentes raciones, condición que le ha permitido mejorar sus funciones adaptativas y extender la esperanza de vida. En el mundo actual, la adquisición de alimentos requiere de poco tiempo de espera y de un mínimo esfuerzo físico: contar con moneda de cambio dirigirse al expendio e intercambiar el producto por dinero. En el caso de la activación del mecanismo del apetito, lleva al individuo a la adquisición de alimentos para satisfacer dicho apetito y causar la saciedad.

Estas dos directrices permiten identificar los factores psicobiológicos de la conducta alimentaria a partir de las funciones nutricias de los alimentos en el organismo y en los procesos cognoscitivos, conductuales, emocionales y de salud.

La frase: " *lo alimenticio se come y lo alimentario, no* (psicologíamente, 2017). Gómez Sánchez (2017) aclara que se recomienda utilizar *alimenticio* para aquello 'que alimenta', y *alimentario* cuando se trata 'de la alimentación o de los alimentos'.

De esta manera, *alimenticio* se refiere a los contenidos nutrimentales de los alimentos, (etiquetado frontal de alimentos y bebidas), a los productos de consumo: *Frutas, verduras, legumbres (tales como lentejas y alubias), frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, mijo, avena, trigo o arroz moreno no procesados)* (WHO, 2023).

Y lo *alimentario* al marco de referencia conceptual relacionada con los alimentos: conducta, hábitos, trastornos, crisis, campo, industria, programa o salud,

entre otros. Téllez-Silva en 2019 hace referencia de los factores relacionados con la alimentación

Esta distinción permite abordar las consideraciones psicológicas del consumo de alimentos como aspectos alimentarios de: conducta, cognición, emociones, salud o relaciones interpersonales (grupo social y cultura):

"Los factores que influyen en la elección de alimentos varían también en función de la fase de la vida, y el grado de influencia de cada factor varía entre un individuo o grupo de individuos y otro. Por eso, un mismo tipo de intervención que se realice para modificar la conducta en cuestión de elección de alimentos no tendrá éxito en todos los grupos de población. Por lo tanto, deberán realizarse diversas intervenciones orientadas a diferentes grupos de la población, teniendo en cuenta los numerosos factores que influyen en sus decisiones a la hora de elegir alimentos" (EUFIC, 2006).

En cuanto a la alimentación como proceso conductual:

"Comer es una conducta dirigida a conseguir la energía adecuada y suficiente para llevar a cabo las funciones que mantienen al organismo con vida y lo ayudan a funcionar, de tal manera que pueda contender con las demandas del medio. Comer es, entonces, imprescindible para sobrevivir y mejor aún, para vivir con ventaja ante las presiones de la selección" (Próspero-García et al., 2013).

A continuación, se describen las consideraciones psicológicas del consumo de alimentos como aspectos alimentarios: a) vinculación de conducta y emociones, b), cogniciones; c) salud, y d) Relaciones Interpersonales: grupos social y entorno.

a) Vinculación de conducta y emociones.

Para Plutchick (1987), *la emoción facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de agrado- desagrado de la emoción* (En Peña y Reidl, 2015). La función motivacional de las emociones consiste en que la conducta motivada tiene dos características: la dirección y la intensidad. La emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia; dirige la conducta para facilitar el acercamiento o evitación del objetivo de la conducta motivada, acorde con las

características de agrado-desagrado que provienen de la misma (Plutchik, 1987).

Macht en 2008, encontró que los sujetos no clínicos reportaron mayores niveles de percepción de hambre durante las emociones de alegría o enojo que en las emociones de miedo o tristeza. Propone cuatro suposiciones:

- a) Las emociones desagradables inducen el consumo de alimentos como acción de autorregulación emocional;
- b) Las emociones intensas (susto o enojo), inhiben la ingesta de alimentos;
- c) Las emociones dificultan el control cognoscitivo de la conducta alimentaria;
- d) El control de la selección de alimentos depende de las emociones inducidas por el propio alimento (agrado vs desagrado).

Las emociones suelen provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser más o menos intensas. La dimensión agrado - desagrado, es exclusiva y característica de las emociones que, en alguna medida, todas las reacciones afectivas se clasifican en dicha dimensión (Piqueras et al, 2009). *“Se pueden distinguir al menos dos grupos de emociones, las positivas y las negativas. El miedo-ansiedad, ira, tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica”* (página 86). Peña y Reidl en 2015 identificaron los alimentos consumidos con mayor frecuencia por estudiantes universitarios y las emociones que experimentan durante su consumo, hombres y mujeres, de 22 años de edad promedio. Los resultados mostraron emociones agradables: disfrute, placer, alegría, felicidad y amor, concluyen que las emociones agradables motivan la conducta alimentaria.

La investigación en psicología y ciencias de la nutrición ha identificado asociaciones subjetivas entre la medición de los niveles de carga cognitiva y diversos resultados de consumo de alimentos como una mayor tendencia a consumir refrigerios no saludables (Hsu & Raposa, 2021; Zimmerman & Shimoga, 2014). Mallikarjuna-Kappattanavar et al (2023) estudiaron la selección de alimentos después de una “carga cognitiva” bajo un enfoque informático afectivo.

Bajo una perspectiva integral tomando en cuenta un sistema integrado de asistencia a la conducta alimentaria al incorporar factores de carga cognitiva. La toma de datos fue de cuestionarios fisiológicos, de consumo de alimentos y de estados afectivos para detectar automáticamente la carga cognitiva y analizar su efecto en la selección de alimentos a través de cuestionarios de estados afectivos e imágenes de alimentos.

b) Cogniciones

Una imagen recurrente de las palomitas de maíz en un envase Yumbo se relaciona con el disfrutar de una película, otra será el saborear un algodón de dulce en medio de un parque de diversiones. Sabores, imágenes, colores y compañía se condensan en sencillos alimentos. Estos dos casos muestran la capacidad del ser humano para aprender y dar significado a los alimentos acorde con las experiencias y su desarrollo, aquello que a su vez representa algo favorable y positivo versus lo negativo y adverso. Se puede dar la evaluación emocional que autores clasifican como agradables (Ellsworth & Smith, 1988; Weiner, 1985) y como resultado de la evaluación de varias unidades o respuestas: metabólica, motora y de sentido de acción (Scherer, 1993).

La relación de las cogniciones y sus procesos como aprendizaje modelado y moldeado-aprendizaje vicario-de la elección de los alimentos se muestra en los siguientes estudios.

De la influencia de los padres en el desarrollo de los niños es fundamental. En 2017, Yee et al, realizaron una revisión sistemática y un meta-análisis, la influencia de los padres como modelos a seguir en las conductas de consumo de alimentos, particularmente en las cogniciones y selecciones alimentarias.

Wan et al (2022) llevaron a cabo un estudio con el propósito de identificar las estrategias más efectivas para incrementar la selección de alimentos más saludables a través de un modelo experimental con el uso de colores entre la comida y el fondo. La elección de alimentos fue carne y vegetales, utilizando dos fondos de color, uno verde y uno rojo. Los resultados obtenidos fue que los sujetos eligieron con mayor frecuencia los platos con carne el uso de una *mesa roja para presentar el conjunto de opciones podría hacer que eligieran menos comidas con alto contenido*

de carne y, por lo tanto, más comidas con vegetales, y el atractivo visual de los platos de carne disminuyó cuando se presentaron en las mesas rojas (página 591).

Concluyen que el contraste entre el color de los alimentos y el color de fondo de la mesa del comedor puede usarse para modular el atractivo sensorial de los alimentos con el fin de promover elecciones alimentarias.

c) Salud

La vinculación de la salud integral con las emociones, Piqueras et al, (2009) describen:

En la actualidad existe consenso acerca de que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades médicas. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en este sentido... la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa... Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente (página 99). La vinculación con la alimentación señalará el trastorno mental, afectivo o de alimentación, así como la condición física con la presencia de factores de riesgo mórbidos.

Gordon Larsen (2014) analiza los factores involucrados en la selección de alimentos y sus implicaciones en la salud de los individuos, incluyendo la obesidad. Considera el ambiente o entorno vecinal, la deficiencia de acceso a alimentos saludables, el consumo de alimentos y la condición de enfermedad crónica degenerativa-obesidad-. Los resultados de salud se dan por raza/etnia, género, región y la zona geográfica (urbanidad) que desfavorecen la interpretación de los resultados por su complejidad. La selección o elección de alimentos depende del acceso y su disponibilidad, lo que da lugar a patrones conductuales de compra, entorno alimentario, espacio social, geográfico: *“A medida que avanzan los cambios de políticas en el entorno alimentario, es fundamental que exista una evaluación científica rigurosa de los cambios ambientales y su impacto en las elecciones y comportamientos dietéticos a nivel*

individual, y su influencia adicional en el peso corporal” (pagina, 809).

Portugal-Nunes et al (2022) analizaron los datos proporcionados por Google Trends para analizar los cambios provocados por el COVID 19 en los comportamientos de compra y la seguridad alimentaria, particularmente en la población europea. Los términos que emplearon fueron: “Sostenibilidad alimentaria + Dieta sostenible + Alimentación sostenible” (agrupados en “Sostenibilidad alimentaria”), subtemas: “Sostenibilidad”, “Dieta saludable”, “Dieta mediterránea” y “Flexitarismo¹” de 2010 a 2022. Datos de 12 países europeos, observaron después del brote de COVID 19 un aumento por la Sostenibilidad Alimentaria y superior a datos anteriores. Resultados mixtos para los patrones dietéticos como: disminución en el interés en patrones dietéticos saludables -Dieta Saludable y el Flexitarismo; se promovió un interés en la Dieta Mediterránea. *“Comprender las creencias y los comportamientos de los consumidores respecto de la elección de alimentos es crucial para la transición hacia dietas sostenibles, y las definiciones de intervenciones educativas y conductuales son esenciales para esta transición” (página 4898).*

d) Relaciones sociales y entornos:

Cullen et al. (2000) señalan que las respuestas negativas de compañeros impiden que los niños consuman alimentos saludables.

Larson y Story (2009) revisaron la bibliografía científica de diez años sobre los factores asociados con la selección de alimentos a partir del entorno: social, físico y macro-ambiental. Los resultados por cada factor son:

En el socio familiar. Muestran que padres son el modelo que encausa el tipo de conducta alimentaria de sus hijos. La disposición de alimentos-frutas o verduras-se relacionan con su consumo.

1 Flexitariano es un término acuñado para describir a las personas que comen principalmente una dieta basada en plantas con carne o lácteos añadidos ocasionalmente. La palabra flexitariano ha existido por un tiempo, pero llegó a la corriente principal en 2008 con la publicación del libro “The Flexitarian Diet”. “ por la nutricionista Dawn Jackson Blatner. Fuente: <https://www.thespruceeats.com/what-is-a-flexitarian-5095820>

El patrón o modelo de los padres a los hijos continua de la infancia a la adolescencia.

La restricción de alimentos poco saludables en menores, se relaciona con autorregulación baja en la adolescencia y en la adultez. Si bien esta restricción funciona a inmediato plazo, a mediano y largo plazo no tiene efecto sobre el desarrollo de preferencias alimentarias saludables. Por el contrario, la implementación de un modelo saludable por parte de los padres a los hijos se relaciona con patrones de consumo saludable y con ello la prevención de enfermedad crónica degenerativa. Cuestionan los mismos autores el alcance de sus resultados por las limitaciones metodológicas que tienen, lo que limitan su credibilidad para sustentar posibles intervenciones. Por lo que proponen evaluar con un conjunto estándar de medidas los entornos y las políticas alimentarias y mejorar la metodología de evaluación dietética.

En 2006, los factores determinantes para la selección de alimentos propuestos por el *Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación* (EUFIC) se encuentran en 6 categorías:

1. Biológicos como el hambre, el apetito y el sentido del gusto

2. Económicos como el costo, los ingresos y la disponibilidad en el mercado
3. Físicos, tiempo como el acceso, la educación, las capacidades personales (por ejemplo, para cocinar) y el tiempo disponible
4. Sociales como la cultura, la familia, los compañeros de trabajo y los patrones de alimentación
5. Psicológicos como el estado de ánimo, el estrés y la culpa,
6. Actitudes, creencias y conocimientos en materia de alimentación (EUFIC, 2006)

De acuerdo con la clasificación de la EUFIC los incisos 5 y 6 corresponden a conducta y emociones, cogniciones. Los puntos 2 y 4 a relaciones interpersonales: sociedad y entorno. El punto 3 mezcla aspectos físicos, temporales, individuales de desarrollo y de personalidad.

A manera de conclusión, la selección alimentaria es amplia más no compleja. La acción por degustar un helado en barquillo de X sabor en una tarde primaveral es un comportamiento sencillo que bajo la mirada del profesional de la psicología tiene planos de estudio. La descripción se encuentra a continuación y su representación en la Gráfica 1.



1. Como funcionamiento integral del sistema cerebral superior, sensorial y ejecutor (Prospéro-García et al, 2013)
2. Ejecución conductual adquirido por aprendizaje vicario
3. Estado emocional y capacidad de regulación emocional ante el consumo de alimentos
4. Condiciones sociales y económicas adaptativas
5. Oferta alimentaria o disposición en el ambiente accesible
6. Salud mental donde el *aquí y el ahora*, espacio², tiempo³ y persona se encuentran en un equilibrio dinámico y estable

En la segunda parte de este artículo se abordan los problemas de salud en la persona relacionados con la selección y elección de los alimentos a partir de la perspectiva del aprendizaje social.

Referencias

- Conceptualia (2023). *Tiempo* <https://conceptualia.es/cultura-y-sociedad/conocimiento/tiempo/>
- Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (EUFIC) (06062006). *Los factores determinantes de la elección de alimentos*. <https://www.eufic.org/es/vida-sana/articulo/los-factores-determinantes-de-la-eleccion-de-alimentos>
- Cullen, K.W., Baranowski, T., Rittenberry, L., & Olvera, N. (2000). Socialenvironmental influences on children's diets: results from focus groups with African- Euro- and Mexican-American children and their parents. *Health Education Research*, 15(5), 581-590. doi: 10.1093/her/15.5.581.
- Ellsworth, P.C., & Smith, C.A. (1988). Shades of joy: Patterns of appraisal differentiating pleasant emotions. *Cognition and Emotion*, 2(4), 301-331. <https://doi.org/10.1080/02699938808412702>
- Gómez-Sánchez, A. (2017). Blog. Clínica de Textos. ¿Alimentario o alimenticio? <https://psicologiymente.com/nutricion/psicologia-de-la-alimentacion>
- Gordon-Larsen, P. (2014). Food availability/convenience and obesity Review *Adv Nutr*, 5(6), 809-817. doi: 10.3945/an.114.007070.
- Hsu T., & Raposa E.B. (2021). Effects of stress on eating behaviours in adolescents: A daily diary investigation. *Psychol. Health*. 36, 236-251. doi: 10.1080/08870446.2020.1766041.
- Larson, N. & Story, M. (2009). A review of environmental influences on food choices. *Ann Behav Med*, 38(Suppl 1:S), 56-73. doi: 10.1007/s12160-009-9120-9.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002.
- Mallikarjuna-Kappattanavar, A., Hecker, P., Moontaha, S., Steckhan, N., & Arnrich, B. (2023). Food Choices after Cognitive Load: An Affective Computing Approach. *Sensors (Basel)*, 23(14), 6597. doi: 10.3390/s23146597.
- Organización Mundial de Salud (OMS). (2018). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Peña Fernández, Elizabeth, & Reidl Martínez, Lucy María. (2015). Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *Acta de investigación psicológica*, 5(3), 2182-2193. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30008-4](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30008-4)
- Peralta y Fabi, R. (2011). Percepciones del tiempo y el espacio en las ciencias naturales *Ciencias*, 102, 60-66. <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64421308006>
- Piqueras-Rodríguez, J.A., Ramos-Linares, V., Martínez-González, A.E., & Oblitas Guadalupe, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113076&orden=0&info=link>
- Plutchik, R. (1987). *Las emociones*. Diana
- Portugal-Nunes, C., Cheng, L., Briote, M., Saraiva, C., Nunes, F.M., & Gonçalves, C. (2022). COVID-19 Changes Public Awareness about Food Sustainability and Dietary Patterns: A Google Trends Analysis. *Nutrients*, 14(22), 4898. doi: 10.3390/nu14224898.
- Prospéro-García, O., Méndez-Díaz, M., Alvarado-Capuleño, I., Pérez-Morales, M., López-Juárez, J. & Ruiz-Contreras, A.E. (2013). Inteligencia para la alimentación: alimentación para la inteligencia. *Salud mental*, 36(2), 109-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000200002&lng=es&tlng=es.

2 El entorno inmediato que circunda a un ser vivo o a una colectividad de éstos, un nicho ecológico (Peralta, 2011, página 62)

3 Se refiere a la duración de los sucesos o acontecimientos que ocurren en el mundo (<https://conceptualia.es/cultura-y-sociedad/conocimiento/tiempo/>, 2023)

Scherer, K. R. (1993). Studying the emotion-antecedent appraisal process: An expert system approach. *Cognition and Emotion*, 7(3-4), 325–355. <https://doi.org/10.1080/02699939308409192>

Téllez-Silva, B.C. (2019). Factores relacionados en la elección y consumo de alimentos. *Psic-Obesidad*, 9(36), 11-13. www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

Wan, X., Qiu, L., & Wang, Ch. (2022). A virtual reality-based study of color contrast to encourage more sustainable food choices. *Appl Psychol Health Well Being*, 14(2), 591-605. doi: 10.1111/aphw.12321.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement

motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548–573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>

Yee, A.Z., Lwin, M.O., & Ho, S.S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 47. doi: 10.1186/s12966-017-0501-3.

Zimmerman F.J., & Shimoga S.V. (2014). The effects of food advertising and cognitive load on food choices. *BMC Public Health*. 14, 342. doi: 10.1186/1471-2458-14-342.





Conceptos básicos de la obesidad y el sobrepeso

Basic concepts of obesity and overweight

Fabiola Janeth Cruz Campos

Dolores Patricia Delgado Jacobo

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

biomédicas_dj@comunidad.unam.mx

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2023.13.50.88412>

Resumen

La obesidad es considerada actualmente uno de los problemas más importantes a tratar, es un reto sanitario a nivel mundial, debido a que es cada vez más frecuente la adopción de hábitos alimenticios poco saludables, que es uno de los factores que se encuentra íntimamente relacionado con el sobrepeso y la obesidad, además de las problemáticas que conllevan las comorbilidades asociadas. Para la OMS (2021) la Obesidad es una compleja enfermedad multifactorial no transmisible, factor de riesgo a otras enfermedades no transmisibles (ENT) y un factor de riesgo modificable en la Diabetes Tipo 2, que se asocia a problemas de salud mental y limitaciones funcionales de diferente índole. La obesidad se asocia con un espectro muy amplio de alteraciones fisiopatológicas como lo es la sobrecarga de volumen, hipertensión, desregulación metabólica, activación neurohumoral e inflamación sistémica. Las causales principales son la genética, la biología, el acceso a la atención de salud, la salud mental, la alimentación, los factores socioculturales, la economía, el medio ambiente y los intereses comerciales. En este trabajo se realiza un abordaje de los principales conceptos asociados a la obesidad, que permiten una mayor y mejor comprensión del tema, comprende algunas de las definiciones más claras, la epidemiología, la fisiopatología, el mecanismo para el diagnóstico y las propuestas para el tratamiento.

Palabras clave: tratamiento, consciencia, obesidad, sobrepeso, multidisciplina.

Abstract

Obesity is currently considered one of the most important problems to be treated, it is a worldwide health challenge, due to the fact that the adoption of unhealthy eating habits is becoming more and more frequent, which is one of the factors that is closely related to overweight and obesity, in addition to the problems associated with the associated comorbidities. According to WHO (2021), obesity is a complex multifactorial non-communicable disease, a risk factor for other non-communicable diseases (NCDs) and a modifiable risk factor for Type 2 diabetes, which is associated with mental health problems and functional limitations of different kinds. Obesity is associated with a wide spectrum of pathophysiological alterations such as volume overload, hypertension, metabolic dysregulation, neurohumoral activation and systemic inflammation. The main causal factors are genetics, biology, access to health care, mental health, nutrition, socio-cultural factors, economics, environment and commercial interests. In this paper, the main concepts associated with obesity are discussed, which allow a better understanding of the subject, including some of the clearest definitions, epidemiology, pathophysiology, mechanism for diagnosis and proposals for treatment.

Keywords: treatment, mindfulness, obesity, overweight, multidisciplinary.

Recibido el 18 de enero de 2023.

Aceptado el 26 de julio de 2023.



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

Se identifica a la Obesidad como una enfermedad, caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo que puede ser perjudicial para la salud, la cual se determina con diferentes puntos de evaluación.

De acuerdo con el grupo etario:

Obesidad en las personas adultas: cuando existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de talla baja igual o mayor a 25 kg/m².

Sobrepeso en las personas adultas: cuando existe un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m², en las personas adultas de talla baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m². (Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010).

La OMS (2017) define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- ▶ Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- ▶ Obesidad: IMC igual o superior a 30.

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. En el adulto un IMC \geq 30 kg/m² (Barrera-Cruz et al, 2013).

La obesidad es un síndrome de etiopatogenia multifactorial caracterizado por un aumento del tejido graso (García & Creus, 2016).

Para la OMS (2021, 19 de agosto) la Obesidad es:

La obesidad es una compleja enfermedad multifactorial no transmisible, factor de riesgo a otras enfermedades no transmisibles (ENT), factor de riesgo modificable en la Diabetes Tipo 2, asociada a problemas de salud mental y limitaciones funcionales diversas. Las causales principales son la genética, la biología, el acceso a la atención de salud, la salud mental, la alimentación, los factores socioculturales, la economía, el medio ambiente y los intereses comerciales (página 1).

Epidemiología

La OMS considera a la obesidad como una epidemia global.

En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. En 2016, el 39 por ciento de los adultos de 18 o más años (un 39 por ciento de los hombres y un 40 por ciento de las mujeres) tenían sobrepeso.

En general, en 2016 alrededor del 13 por ciento de la población adulta mundial (un 11 por ciento de los hombres y un 15 por ciento de las mujeres) eran obesos.

Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado. (OMS, 2017). Según los datos de la OMS (2022) se estima que en la actualidad aproximadamente mil millones de personas en todo el mundo son obesas. De ellas, 650 millones son adultos, 340 millones adolescentes y 39 millones son niños. En México, el sobrepeso y la obesidad, representan un grave problema de salud pública, que afecta a 7 de cada 10 adultos (ENSUT, 2022).

De acuerdo la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2019), en los países afiliados a esta organización, el 63 por ciento de los hombres y el 52 por ciento de las mujeres sufren de sobrepeso (pre-obesidad + obesidad). En países de América Latina, el 61 por ciento de las mujeres tienen sobrepeso. En mujeres: México y Chile cuentan con más del 75 por ciento de la población con sobrepeso, y las tasas más bajas se encuentran en Paraguay y Trinidad y Tobago (menos 55 por ciento). En Hombres: el 53 por ciento tienen sobrepeso. Chile cuenta con la mayor tasa con el 74 por ciento con sobrepeso, le sigue México (70 por ciento) y Argentina (66 por ciento). Las tasas más bajas se encuentran en Santa Lucía y Trinidad y Tobago (menos del 40 por ciento). Las mujeres presentan el (29 por ciento) más que los hombres (18 por ciento).

En nuestro país, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales, muestran incremento constante de la prevalencia a través del tiempo. De 1980 a la fecha, la prevalencia de la obesidad y de sobrepeso en México se ha triplicado, alcanzando proporciones alarmantes. La prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó progresivamente tanto en hombres como en

mujeres desde la primera década de la vida, alcanzando más de 80 por ciento en hombres y mujeres en la quinta y sexta década de la vida (Dávila-Torres, González-Izquierdo & Barrera-Cruz, 2015). En las últimas tres décadas, su prevalencia ha tenido un aumento sin precedente y su velocidad de incremento ha sido una de las más altas en el ámbito mundial.

En 2008 los costos atribuibles a la obesidad en México fueron de 42 000 millones de pesos, equivalente a 13 por ciento del gasto total en salud (0.3 por ciento del PIB). De no aplicar intervenciones preventivas o de control costo-efectivas sobre la obesidad y sus comorbilidades (hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer colorrectal), los costos directos podrían ascender para 2017 a 101 000 millones de pesos, 101 por ciento más respecto al costo estimado en 2008 y los costos indirectos incrementar hasta 292 por ciento entre 2008 y 2017 (de 25 000 a 73 000 millones) (Dávila-Torres, González-Izquierdo & Barrera-Cruz, 2015).

Córdoba-Villalobos et al, 2023, describen algunos factores de riesgo modificables asociados son la misma obesidad y el sobrepeso y los no modificables son edad, sexo, genéticos y raciales. Se pueden añadir en este punto los factores del comportamiento como las adicciones -alcohol, tabaco-, estilo de vida no saludable, inactividad física; factores sociales y ecológicos: economía, políticas públicas, trabajo, infraestructura física, contaminación, educación, acceso a los servicios de salud, globalización, urbanización, migración y tipos de alimentos. Los factores socio-psicológicos se encuentran el estereotipo, discriminación, estigma, acoso laboral, Bullying y diversos tipos de violencia. Efectos en la salud mental como presentar trastornos de la conducta alimentaria, afectivos como depresión, angustia o ansiedad, de personalidad, entre otros.

Fisiopatología

La obesidad ha sido asociada con una perturbación en el perfil secretado, tanto del tejido adiposo como del adipocito, observando así, una alteración en la relación leptina/adiponectina. Por tanto, en un contexto de lipoinflamación se observa un aumento de los niveles séricos de leptina acompañados de una disminución de adiponectina que no se corresponde con los niveles de tejido graso. Si a esto le sumamos el papel inmuno-modulador

que desempeña la leptina, y el papel antiinflamatorio y sensibilizador de la insulina a nivel sistémico de la adiponectina, nos encontramos con un perfil secretor que puede explicar en parte las anomalías metabólicas asociadas a la obesidad, como un estado que conlleva inflamación de bajo grado.

El tejido adiposo se compone de adipocitos y estroma (tejido conectivo reticular que confiere soporte a los adipocitos y a la vascularización e inervación), junto a numerosas células (macrófagos, células T, fibroblastos, preadipocitos, células mesequimales, pericitos, etc.). En la obesidad la mayoría de citoquinas de perfil pro-inflamatorio son emitidas por macrófagos M1 o “clásicamente activados” del tejido adiposo, los cuales encuentran muy aumentado su número por infiltración de monocitos circulantes atraídos por quimio-atrayentes y por proliferación local. Dicha proliferación local a partir de macrófagos residentes antecede a la infiltración, iniciando la acumulación de macrófagos en el tejido. El adipocito puede desarrollarse mediante dos procesos: por hipertrofia (aumentando su tamaño) y por hiperplasia (aumentando su número a partir de una célula precursora que pasa por una serie de pasos hasta diferenciarse a su último estadio, desde preadipocito a adipocito maduro).

En el crecimiento de un adipocito, al ir aumentando su volumen de grasa (hipertrofia), alcanzará un umbral de tamaño crítico en el que se dará un proceso de hiperplasia, estimulando a una célula precursora y generando así, una nueva célula adiposa. Una vez superado dicho tamaño umbral, el adipocito hipertrofiado presentará una disfunción en su actividad caracterizada por disminución de la sensibilidad a la insulina, hipoxia, aumento de los parámetros de estrés intracelular, aumento de la autofagia y la apoptosis, así como la inflamación de los tejidos. El mayor tamaño del adipocito, unido a un estado inflamatorio concomitante al mismo, condiciona su funcionamiento:

- a) Alterando su perfil secretor con una mayor producción de leptina y menor de adiponectina (la cual inhibe su expresión por factores inflamatorios como el TNF α),
- b) Causando una menor sensibilidad a la insulina,
- c) Dando lugar a una peor función mitocondrial y un mayor estrés del retículo endoplasmático,
- d) Produciendo una mayor lipólisis basal,

- e) Alterando el citoesqueleto celular, y
- f) Ocasionando una menor lipogénesis de novo (Suárez-Carmona et al., 2017, página 228).

El aumento del flujo de ácidos grasos libres, unido a los factores inflamatorios, convierte una situación de resistencia a la insulina e inflamación local en un estado de resistencia a la insulina sistémico y de inflamación crónica de bajo grado.

“En la obesidad no sólo cambia el aspecto corporal. El hambre (fisiológico), el apetito (hedónico), la saciedad y el balance energético se regulan por un sistema neuroendocrino redundante que se integra a nivel del hipotálamo” (Suarez Carmona et al., 2017, página 230).

Diagnóstico

De acuerdo con el protocolo internacional para medir el peso y la talla a través de la fórmula antropométrica del índice de masa corporal (IMC), relación del peso corporal (Kg.) entre la estatura al cuadrado (m²): $IMC (Kg/m^2) = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2)$ (WHO, 1995). La circunferencia de cintura (CC), es un indicador de adiposidad central muy útil para evaluar riesgo cardiovascular: $ICC = \text{Circunferencia cintura (cm)} / \text{Circunferencia cadera (cm)}$.

Se encuentra en el Cuadro 1 la relación del IMC y la NOM mexicana con los criterios de clasificación para mujeres y hombres. En el Cuadro 2, la relación del IMC con el riesgo a la salud.

TABLA 1. IMC de la OMS (WHO), NOM mexicana, género y CC.

Grado	Clasificación	IMC	Riesgo comorbilidad
	Normo peso	18,5-24,9	Normal
I	Sobrepeso o pre obeso	25-29,9	Incrementado
II	Obesidad leve	30-34,9	Moderado
III	Obesidad moderada	35-39,9	Alto
IV	Obesidad severa	Mas de 40	Muy alto

TABLA 2. Relación del IMC con el riesgo a la salud.

Por IMC* de acuerdo a la OMSy la Norma Oficial Mexicana (NOM)						
Fuente	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad		
OMS	< 18.5	18.5-24.9	25.0-29.9	Grado I 30.0-34.9	Grado II 35.0-39.9	Grado III >40.0
NOM	-	-	25.0-26.9	> 27		
Por el riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas de acuerdo con la CC*						
Riesgo de complicaciones metabólicas		Incrementado		Sustancialmente incrementado		
Hombres		≥ 94 cm		≥ 102 cm		
Mujeres		≥ 80 cm		≥ 88 cm		
Obesidad abdominal de acuerdo a los criterios de la International Diabetes Federation†						
Hombres		≥ 90 cm				
Mujeres		≥ 80 cm				

El punto de corte del IMC ≥ 30 Kg/m² tiene una especificidad del 92 por ciento para diagnosticar obesidad y una sensibilidad para diagnosticar adiposidad (Escobar-Duque et al., 2017).

Por otro lado, la medición del pliegue cutáneo se realiza con un pliómetro, se recomienda medirlo en la región tricaptal o subescapular del lado izquierdo; si la medición es mayor a 30 mm en mujeres o 24 mm en hombres se considera que hay un exceso de tejido graso. Otro método que se utiliza poco es la impedancia bioeléctrica que se utiliza para evaluar la masa grasa, la masa magra y el porcentaje de agua corporal.

Las pruebas de laboratorio también contribuyen al diagnóstico integral del paciente con sobrepeso u obesidad, la solicitud de una biometría hemática, perfil de lípidos (LDL-colesterol; HDL-colesterol; colesterol total, triglicéridos, quilomicrones, alfa lipoproteínas, pre-beta lipoproteínas, beta lipoproteínas, apolipoproteínas A1 y apolipoproteínas B) y química sanguínea (glucosa en ayunas, nitrógeno ureico, creatinina, urea y ácido úrico). Además, ayudan al clínico a establecer la presencia de síndrome metabólico

Tratamiento

El tratamiento de la obesidad requiere de una intervención multidisciplinaria e integral por ser una entidad multifactorial. Desde el punto de vista clínico, la intervención incluye toma de datos básicos de nutrición, médico - clínicos, sociales, psicológicos y ambientales. El enfoque de intervención integral incluye las perspectivas sociales, educativas y clínicas que permiten ubicar al equipo multidisciplinario en los niveles de intervención con el mismo paciente generando: empatía, adherencia al tratamiento, establecimiento de objetivos y metas, estableciendo un clima de comunicación entre los profesionales del equipo multidisciplinario, el paciente y su entorno (social y ambiental).

Para Amanci et al (2007) los objetivos terapéuticos eran:

- ▶ Promover la pérdida de peso hasta alcanzar el rango normal, de acuerdo al IMC.
- ▶ Corregir los hábitos conductuales, que promueven el sobrepeso u obesidad.

- ▶ Incrementar la actividad física, a través del deporte o actividades recreativas.
- ▶ Resolver las situaciones psicológicas, que acompañan al problema de sobrepeso u obesidad.
- ▶ Educar al paciente, para implementar una alimentación adecuada en calidad y cantidad.

De aquí que las acciones sean enfocadas al tipo de IMC que presenta el paciente (Tabla 3).

TABLA 3. *Terapéutica empleada al paciente de acuerdo con su índice de masa corporal*.*

IMC	CLASIFICACIÓN	TERAPÉUTICA
18.5–24.9	Normal	Mantener estilo de vida
25.0–29.9	Sobrepeso	Dieta, ejercicio, modificar estilo de vida
30.0–34.9	Obesidad, clase I	Dieta, ejercicio, modificar estilo de vida y considerar tratamiento farmacológico
35.0–39.9	Obesidad, clase II	
40	Obesidad, clase III u obesidad mórbida	Dieta, ejercicio, modificar estilo de vida y considerar tratamiento farmacológico, posible tratamiento quirúrgico

*Nota: Modificado de Amancio Chassin et al. (2007).

Dieta

Una reducción energética en la dieta de 500-1000 kcal diaria puede producir una pérdida de peso de entre 0.5 y 1 kg/semana, equivalentes a un 8 por ciento de pérdida ponderal en un periodo promedio de 6 meses.

En adultos las dietas bajas en calorías (800-1800) y las dietas muy bajas en calorías (< 800 kcal/día) se asocian con una pérdida de peso modesta (5-6%) a doce meses de seguimiento. Las intervenciones dietéticas para la pérdida de peso deben ser calculadas de 600 Kcal.

Para Meneses-Sierra (2023), estrategias de intervención que han mostrado evidencia clínica en la pérdida significativa de peso son:

- ▶ *Planes de alimentación estructurados.*
- ▶ *Control de porciones de alimentos.*

- ▶ *Dietas bajas en calorías.*
- ▶ *Dietas muy bajas en calorías (≤ 800 kcal/día).*
- ▶ *Ayuno intermitente.*
- ▶ *Alimentación restringida en tiempo.*
- ▶ *Dietas modificadas en macronutrientes (dietas con modificaciones extremas en la distribución de nutrimentos).*
- ▶ *Consumo de alimentos reemplazo.*
- ▶ *Seguimiento de patrones dietarios (mediterránea, DASH, etc.).*
- ▶ *Uso de portafolios dietarios (página 344).*

Las dietas bajas en hidrato de carbono (20g/día los primeros 3 meses) e comparación a las dietas bajas en grasas (1200 a 1800 Kcal/día; ≤ 30 por ciento calorías procedentes de grasas) administradas durante 6 meses, producen un incremento en las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad (HDL). Para el control del colesterol LDL del paciente con obesidad es eficaz la realización de una dieta baja en grasa, mientras que los niveles de colesterol HDL y triglicéridos se controlan mejor realizado una dieta baja en hidratos de carbono.

Las dietas bajas en hidrato de carbono en comparación a las dietas altas en hidratos de carbono, tienen un efecto favorable y sostenido, en la disminución de la masa grasa y de los niveles séricos de los triglicéridos. Las dietas bajas en grasas (reducción promedio del 10 por ciento de la ingestión de grasa) producen una pérdida de peso entre 2 y 3 kg durante los primeros 6 meses de tratamiento.

Para prevenir la ganancia de peso en adultos con obesidad resulta de mayor importancia el control de la ingesta energética total que el de la ingesta de grasas totales. La dieta hiperproteica puede inducir a corto plazo (menos de 6 meses) mayor pérdida de peso.

Ejercicio

El ejercicio promueve y mantiene la pérdida de peso, disminuye la obesidad abdominal, mejora la condición cardiorrespiratoria, reduce los factores de riesgo cardiovascular, disminuye el riesgo de enfermedad coronaria, la resistencia a la insulina y mortalidad cardiovascular. El ejercicio aeróbico de moderada-alta intensidad (155 a 180 min/semana) es efectivo para reducir la grasa corporal.

La actividad física (mínimo de 45 minutos tres veces a la semana) en combinación con dieta baja en grasas (déficit de 600 kcal/día) produce mayor pérdida de peso a los 12 meses (5.60 kg) en comparación con dieta sola de 4.10 kg. Se recomienda realizar actividad física que permita un gasto energético semanal de 2 500 kcal como medida para inducir la pérdida de peso en hombres y mujeres con sobrepeso. En la población con sobrepeso u obesidad se debe recomendar realizar actividad física de intensidad moderada aproximadamente de 225 a 300 min/semana lo que corresponde a 1 800 a 2500 kcal/semana.

De aquí que la actividad física en adultos se puede llevar a cabo de 150 a 300 minutos a la semana; con intensidad de moderada a intensa de 75 a 150 minutos a la semana de actividad física aeróbica y vigorosa. La combinación de reducciones moderadas en el consumo de energía con niveles adecuados de actividad física maximiza la reducción de masa corporal en individuos con sobrepeso y obesidad (Ferguson, 2014).

Diversos autores añaden más estrategias de tratamiento para el sobrepeso y la obesidad como la farmacología (Meneses-Sierra, 2023); intervención quirúrgica (Pacheco-Sánchez et al, 2019); por la psiquiatría (Salvador & Frühbeck, 2011); y el esquema de la consciencia (Hervás et al., 2016; Warren et al., 2017).

Referencias

- Amancio-Chassin, O., Ortigoza-Ramírez, J.L., & Durante-Montiel, I. (2007). *Obesidad*. Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
- Barrera-Cruz, A., Ávila-Jiménez, L., Cano-Pérez, E., Molina-Ayala, M.A., Parrilla-Ortiz, J.I., et al (2013). Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 344-357. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745489021.pdf>
- Cano-Perez, E., Meoño-Morales, E.E., Mendoza Salazar, L., Pérez-Pavón, A., Gallardo-Wong, I., & Barrera-Cruz, A. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de sobrepeso y la obesidad en el adulto*. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

- Córdova, V.J.Á., Barriguete, M.J.A., Rivera, M.M.E., Manuell, L.G. & Mancha, M.C. (2023). Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas. *Acta Med GA*, 21 (s1), s51-s56. <https://dx.doi.org/10.35366/109563>
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J.J., & Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 241-249. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744936020.pdf>
- Documento de debate de la OMS (19 de agosto del 2021). *Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-es.pdf>
- Escobar-Duque, I.D., Sánchez-Vanegas, G., Aldana-Parra, F., Arévalo-Rodríguez, Í., Dorado, L.F., et al. (2017). Guía de práctica clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Universitas Médica*, 58(2), x-x, <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-2.obes>
- Ferguson, B. (2014). ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription 9th ed. *J Can Chiropr Assoc*, 58(3), 328. PMID: PMC4139760
- García, M.A.J., & Creus, G.E.D. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 32(3), 1-13. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76694>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Meneses-Sierra, E., Ochoa-Martínez, C, Burciaga-Jiménez, E., Gómez-Mendoza, R, et al. (2023). Abordaje multidisciplinario del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Med Int Méx*, 39 (2), 329-366, <https://doi.org/10.24245/mim.v39i2.8511>
- OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Obesidad. Noticias OMS. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pacheco-Sánchez, D., Pinto-Fuentes, P., Asensio-Díaz, E. (2019). Actualización en cirugía bariátrica/metabólica. *Nutr Clin Med*, XIII, 113-27. DOI:10.7400/NCM.2019.13.2.5077.,
- Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010*, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Diario Oficial de la Federación 25/01/2017
- Salvador, J., & Frühbeck, G. (2011). La asociación obesidad-enfermedad psiquiátrica: una necesidad más de abordaje multidisciplinar. *Anales Sis San Navarra*, 34(2), 141-144. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000200001>.
- Suárez-Carmona, W., Sánchez-Oliver, A.J., González-Jurado, J.A. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Rev. Chil. Nutr.*, 44 (3), 226-233. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182017000300226>.
- Warren, J.M., Smith, N., Ashwell, M. (2017). A structured literatura review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev*, 30(2), 272-283. doi: 10.1017/S0954422417000154.
- World Health Organization (who) (1995). Physical status: the use of and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee. Vol. 1, *WHO Technical Report Series 854*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>



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