



Psic-Obesidad



Boletín electrónico de *Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*

Volumen 3, Número 9

Enero -Marzo de 2013

N.R. 04-2010-100813543100-203

www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

CONTENIDO:

Editorial	1
1.Trabajos de difusión en investigación <i>La Obesidad y La Maternidad</i>	2
2. F54 Factores psicológicos ... [316] <i>Clasificación de Obesidad y sus Indicadores</i>	7
3. Acérquese... ricos tamales <i>Cultura Alimentaria y población migrante en la zona oriente de la Ciudad de México (Parte 2)</i>	11
4. Como, luego existo <i>El Chile y la Medicina</i>	13
5. Colaboraciones <i>Medios, Estereotipo y Satisfacción de la Imagen Corporal en Adolescentes (Parte 2)</i>	15
6. Próximas reuniones científicas	18

Editorial

En materia de Obesidad, el año 2013 en México comienza con el planteamiento de estrategias fundamentales para la atención y la prevención de la Obesidad con las publicaciones de: OBESIDAD EN MÉXICO: *Recomendaciones para una política de Estado (UNAM); La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales (INSP); y la emisión del tercer año de nuestro boletín Psic-Obesidad (FESZ, UNAM).*

Ya en mayo de 2012, la Organización Mundial de Salud propuso un plan de acción: "... 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles con miras a ayudar a los millones de personas que ya están afectados por estas enfermedades que duran toda la vida a afrontarlas y prevenir las complicaciones secundarias...proporciona una hoja de ruta para establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento." (OMS, 2012). Con ello, el interés por prevenir y atender la obesidad conlleva la formación de recursos humanos aptos para involucrarse en casos de obesidad. Particularmente, la revisión de los factores de riesgo de la obesidad, permite ampliar los puntos de referencia -además de la dieta y el ejercicio-, sobre el *Ejercicio Profesional del Psicólogo* al insertarse en el campo donde convergen lo social, lo clínico o de la salud, junto con otros profesionales de la salud, al observar la obesidad como *Factor común de*

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ

Director

DR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD

Secretario General

DR. OMAR VIVEROS TALAVERA

Jefe de División de Ciencias del Comportamiento

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

Jefa de Carrera de Psicología

MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS

Coordinador área de Psicología Clínica

LIC. ANA ROSA RANGEL ROJAS

PSIC. AZUCENA BARRERA GARCÍA

Equipo de colaboradores

Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

Correo electrónico:

boletinsicobesidad@yahoo.com.mx

DIRECTORIO BOLETÍN Psic-Obesidad

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN

RIEBELING

Editora

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA

LIC. FELIX RAMOS SALAMANCA

DR. ALBERTO MONROY ROMERO

DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES

M.C. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO

Consejo Editorial

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

MARÍA ELENA BUTRÓN MEZA

JOSÉ ANTONIO VÁZQUEZ GONZÁLEZ

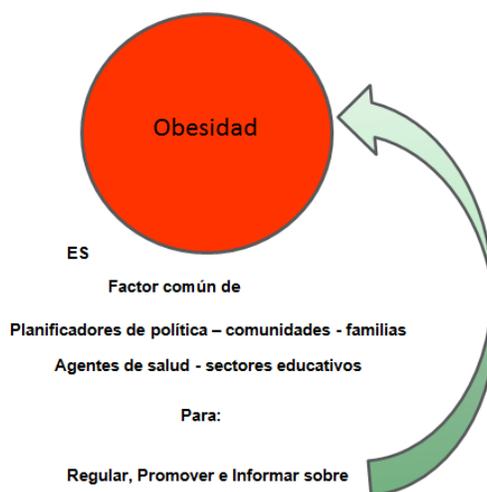
ANA ROSA RANGEL ROJAS

SHARONE MONTSERRAT ANDRADE SORIA

LIZBETH CASTRO AMARO

atención, que constituye el centro estratégico de relaciones disciplinares y a su vez es el centro común de atención, como se muestra en la figura A.

Figura A: La Obesidad como factor común estratégico y a su vez tema de estudio y de atención



Referencias

- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- El INSP Presenta el libro: *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México D.F., a 30 de Enero de 2013. Organización Panamericana de Salud. http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=558&catid=827:noticias
- OMS, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Organización Mundial de la salud (2010) La Obesidad, recuperado: mayo 23 del 2010 en: <http://www.un.org/es/>

1. Trabajos de difusión en investigación

LA OBESIDAD Y LA MATERNIDAD

"La mayor parte de los obesos no se atienden"
"De los que lo hacen la mayor parte no adelgaza"
"De los que adelgazan la mayor parte recupera el peso"
 A. Stunkard

Generalidades

Las mujeres en México han acumulado más peso que los hombres, niños y adolescentes. Esto puede explicarse al estilo de vida cada vez más sedentario, Para Camacho (en La Radiografía de la obesidad, 2010) también se relaciona con su estado emocional: "Ahora las mujeres dice tienen más presiones en casa y fuera de ella, en sus trabajos, y esto ha generado en ellas mucho estrés... la mayor incorporación de la mujer que es en los países de vías de desarrollo de jornadas de trabajo, determina que la mujer tenga un doble (y triple) empleo, propiciando que opte por utilizar métodos sencillos y rápidos en la preparación de alimentos y mayor demanda de alimentos procesados y aparatos domésticos que le facilitan su labor" (Ávila 1990). A ese factor se agrega la acumulación de grasa y su

consecuente ganancia del peso corporal en la gestación: “Ahora la etapa de lactancia se ha acortado y amamantar al bebé es una actividad muy demandante de energía, por lo que si se reduce esta etapa será más difícil que la madre pueda recuperar el peso que tenía antes del embarazo”. (Burrows, et.al, 2001). El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad en la vida de la mujer.

Alvarado, muestra en su Radiografía de la Obesidad (2010), a un México obeso. En su región norte su prevalencia supera la media nacional (32.4 por ciento). Betancourt (en Alvarado, 2010), sostiene que se debe al cambio en los hábitos alimenticios en los últimos 10 años. En el centro de la República mexicana hay un mayor consumo de refrescos y antojitos mexicanos: sopes, quesadillas, gorditas, tacos, tortas y tamales. Es común su venta y consumo, en puestos ambulantes alrededor de centros de trabajo, escuelas, hospitales. La comida rápida nacional favorece a la aparición de la obesidad. Mientras que las mujeres son las que con mayor frecuencia acuden a consulta para tratar su obesidad, los hombres acuden con menor frecuencia. Ambos, a corto plazo consiguen la reducción del peso corporal, a mediano plazo lo recuperan. En esta parte, el papel del psicólogo tiene gran importancia para intervenir en el mantenimiento de la pérdida de peso y en el seguimiento, y su relación con la conducta alimentaria. La obesidad en mujeres es explicada por las jornadas de trabajo, los cambios hormonales o por su estado emocional depresión o angustia. Rivera Dommarco (en Alvarado, 2010) señala que el estilo de vida sedentario es el causante de las afectaciones en la apariencia física de las mujeres y con ello la obesidad. En las etapas de gestación y lactancia, el incremento del sobrepeso por la demanda de energía tiende a mantenerse.

Aunque la obesidad es posible identificarla por su índice de masa corporal y por observación directa, su definición psicológica es difícil (Sorosky 1990). Esto conlleva a enfrentar la definición psicológica de la obesidad de acuerdo con las teorías sobre el origen de la obesidad (energética, neuroquímica o genética); y por los factores de riesgo y psicológicos asociados: psicobiológicos, psicoanalíticos, constructivistas o cognitivo conductuales. Por lo que definir a la obesidad es ampliar el foco de atención del organismo como sistema biológico y analizar los demás aspectos psicológicos, culturales y sociales que implica (Vázquez-Velázquez, 2004). Una conceptualización integral la ofrece Saldaña en 2001:

“...ver al obeso como un ser biopsicosocial, que se desarrolla dentro de determinado contexto psicosocial, y no sustentar las bases del tratamiento, sobre el criterio, muchas veces expresado de forma absolutista por muchos estudiosos de la obesidad, de que es diferente, de que es una excepción; por supuesto, todo esto, al margen de las limitaciones y consecuencias que su estado de obesidad le puede propiciar dentro de su desarrollo psíquico y físico normal.”(pág. 62)

Stunkard & Wadden (1993), refieren tres mecanismos fisiopatológicos:

- 1) La obesidad puede ser un factor de riesgo de otros trastornos
- 2) Puede ser un síntoma de otras disfunciones orgánicas
- 3) Puede ser el estado final de regulaciones homeostáticas.

Desde la teoría psicodinámica, Gold (1976), clasificó al patrón alimentario relacionado a tres mecanismos emocionales:

- a) La oralidad funciona como un mecanismo adaptativo o estrategia de enfrentamiento, ante la presencia de síntomas de ansiedad, tensión, tristeza o frustración.
- b) El hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o enojo.
- c) La comida actúa como un paliativo para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Al respecto Mahoney (1985) y Saldaña y Russell (1988) indican que la ansiedad parece jugar un papel central en la conducta de la ingestión de alimentos.

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social.

La obesidad en sí misma se considera un estado patológico, receptora de estigmas sociales con determinadas condiciones emocionales y de personalidad, afectando a cualquier tipo de población y edad.

Se demuestra, una vez más, que al interactuar las más diversas variables, se constituye como un fenómeno multicausal, donde lo psicológico desempeña un papel fundamental, no solo por la actitud que pueden asumir hacia su estado físico y tratamiento, sino por la repercusión que puede tener en el proceso de formación de la personalidad (Fuillerat, 2004)

Por otra parte desde la perspectiva cultural, los patrones de conductas y creencias, son característicos de la sociedad o grupo social. Estos incluyen valores en relación a las fuentes del ambiente como los alimentos, el agua, el consumo y gasto, hasta los elementos ideológicos como la estética del cuerpo y su salud. Como la proporción entre el perímetro de la cintura y la cadera es, según un estudio de Singh (en Montero, 2001), una señal de atracción sexual. Ante los ojos del varón la figura femenina ideal es aquella en la cual el perímetro de la cadera supera en un tercio al de la cintura, proporción que sería la traducción visible de un equilibrio hormonal asegurador de la reproducción y la supervivencia de la especie. Esta señal que se mantiene con gran independencia del peso corporal y del volumen de la figura, tiende a perderse con la actual persecución de una figura femenina que se va alejando de estas proporciones. (pág.9).

La sociedad global considera que la pérdida de peso es una cuestión de fuerza de voluntad. Los individuos obesos han sido considerados débiles y poco motivados, una visión que se ajusta a las demandas de pérdida de peso fácil prometida por muchos libros de dietas. Como lo señala Vázquez (2004), los médicos describieron a sus pacientes obesos como “débiles de voluntad, “feos” y “torpes”. “La consideración social de la obesidad, ha provocado que las personas marquen a los individuos obesos con diversos prejuicios que carecen de fundamentos racionales. Desgraciadamente, el personal de salud también evita la atención a estos sujetos, por lo que asisten menos a consulta con un médico, permitiendo que se retrase el diagnóstico de algunas enfermedades, entre ellas el cáncer de mama” (Wee, et.al. 2000: 697).

Las actitudes hacia la obesidad, parecen estar cambiando con el reconocimiento de que la obesidad es una enfermedad compleja y multi-determinada, con un componente genético. Sin embargo no es así, al mantener el rechazo en forma de aversión pasiva, ausencia de comunicación y falta de oportunidades para el desenvolvimiento personal.

Para Fuillerat (2004), la obesidad se encuentra en la relación de conducta y la nutrición, espacio donde convergen las causas genéticas, los conocimientos, hábitos, actitudes, comportamientos y disfunciones del entorno socio-familiar (Kirschenbaum, 1987). En el caso de la mujer embarazada, los cambios internos biológicos y los de las relaciones con los entornos social y ambiental, influirán en el progreso del embarazo y en el desarrollo del feto (Fuillerat, 2001), así como en la acumulación de grasa como reservorio energético de la madre.

Las mujeres son quienes reciben mayor presión social para la adecuación de su condición corporal, lo que trae como consecuencia el estrés, ansiedad o depresión. Se añade que el embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad en la vida de la mujer por su autocuidado, la responsabilidad social del cuidado de los hijos, de la familia (Ávila 1990). La mujer durante el embarazo tiene mayores demandas en su alimentación, lo cual no significa que deba comer mayor cantidad de alimentos. Necesita, como señala Brody (2001), recibir suplementos alimentarios de acuerdo con sus requerimientos energéticos.

La sociedad occidental es hostil con los individuos que tienen sobrepeso, por carecer de fuerza de

voluntad, débil y de personalidad pasiva. Estas apreciaciones hacia las personas con obesidad, se mantienen a pesar del reconocimiento multifactorial de la obesidad, como enfermedad compleja y multideterminada. De esta manera, en la cultura occidental, la probabilidad de contraer matrimonio es menor para las mujeres obesas que las delgadas. Aunque las obesas tienen mayor probabilidad que las delgadas de ser madres.

La alimentación y la nutrición, entre otros factores, son determinantes en el desarrollo biológico de los humanos; pero a través del tiempo, se ha demostrado que también son determinantes en el desarrollo psíquico y social de estos. Desde la propia formación del feto, en los primeros tiempos de la vida. “La obesidad por parte de la madre implica un mayor riesgo de peso excesivo en el recién nacido, diabetes gestacional, trabajo de parto prolongado, cesárea, trauma obstétrico y asfixia perinatal” (Mardones 2003). Los hijos de madres obesas son clasificados como grandes tienen mayor probabilidad de presentar obesidad a la edad de 7 años. (Singhal 2002). Destaca Barker (1998) el cuidado de la nutrición materna al relacionar en el adulto enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes mellitus y la cardiovascular; al crecimiento fetal restringido y excesivo. Se encuentra muy significativa la relación entre la obesidad materna con: patologías durante el embarazo, cesáreas, malformaciones congénitas y mortalidad perinatal (Sebire, et al, 2001; Galtier-Dereure, et al, 2000; Watkins, et al, 2003)

La mujer durante el embarazo tiene mayores demandas en su alimentación, lo cual no significa que deba comer mayor cantidad de alimentos, lo que requiere es una adecuada orientación nutricional. Brody (2001). La observación del vientre abultado se asocia inicialmente con sobrepeso u obesidad, y en segunda instancia con el embarazo. Las diferencias son cualitativas e importantes: en la mujer embarazada es la disposición del hijo, mientras que en el hombre es la acumulación de tejido graso de tipo androide. Ambos representan aceptación o rechazo social.



Referencia

Ávila, A.(1990). Hambre desnutrición y sociedad la investigación epidemiológica de la desnutrición en México. México. *Universidad de Guadalajara. (Colección Fin del Milenio, Serie Medicina Social)*. 89-175.

Barker, D. (1998). *Mother, babies and health in later life*. Edinburg. Second ed. Churchill Livingstone.

Brody, J.(2001). *Jane Brodys Nutrition Book*. New York. Bantan.

Burrows, R, Castillo, C, Atalah, E, Uauy, R. (2001). *Guías de Alimentación para la Mujer*. Chile. Impr. Diario La Nación, .

Fuillerat Alfonso, R. (2001). Autopercepción y valoración de la imagen corporal en un grupo de adolescentes con obesidad exógena. *Revista Latinoamericana de Psicología de la Salud* , II (2):34-43.

Fuillerat Alfonso, R. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. *Nutr. Hosp.* 4,. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000400003

Fuillerat, R. (2001). Importancia de la integración al colectivo en el proceso de formación de la personalidad en adolescentes con obesidad exógena. *Revista Latinoamericana de Psicología de la Salud. Número Especial. Primer Congreso ALAPSA. Veracruz. México*, 89-95.

Galtier-Dereure, F., Boegner, C. & Bringer, J. (2000). Obesity and pregnancy: complications and cost. *Am J Clin Nutr. 71(5 Suppl)*, 1242S-1248S.

Gold, D. (1976). Psychological factors associated with obesity. *American Family Physician*, 13, 87-91.

Kirschenbaum, Daniel S. (1987). *Treating Childhood and Adolescent Obesity*. New York, Pergamon Press.

La radiografía de la obesidad en México (2010, marzo19), EL UNIVERSAL recuperado el 7 de mayo del 2010 de:(<http://www.eluniversal.com.mx/sociedad/5501.html>).

Mahoney, J. (1985) *Control de peso: una solución total al problema de las dietas*. México: Trillas.

Mardones, F, & Rosso P.(2005) A weight gain chart for pregnant women designed in Chile. *Mater Child Nutr*; 1: 77-90.

Montero, J.C. (2001). Obesidad: una visión antropológica. Instituto y cátedra de historia de la medicina 7 de mayo, 2010 recuperado en : [www.ama-med.org.ar/obesidad/ANTROPOLOGIA %20-%20Montero.pdf](http://www.ama-med.org.ar/obesidad/ANTROPOLOGIA%20-%20Montero.pdf)

Organización Mundial de la salud (2010). *La Obesidad*, Disponible 23-05-2010 en: <http://www.un.org/es/>

Ritenbaugh, C. (1982). Obesity as a culture-bound syndrome. *Cult Med Psychiatry* 6, 347-364.

Saldaña C. & Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Madrid: Martínez Roca.

Saldaña C. (2001). *Obesidad*. Barcelona. Martínez Roca.

Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario, terapia de conducta y salud*. México. Fundación Universidad-Empresa.

Sebire, N.J., Jolly, M, Harris, J.P., Wadsworth, J., Joffe, M., Beard, R.W. et al. (2001). Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int. J.Obes Relat Metab Disord*. 25, 175-1182.

Singh, D. (1967). Study of Social Stereotype of body image . *J. Pers. Soc. Psychol*, 7, 101-104

Singhal, A (2002). Early Origins of Obesity. En *Obesity in Childhood and Adolescence*. Editores: Ch. Chen y W. H. Dietz. Nestle Nutrition Workshop Series. Pediatric Program, Vol. 49.

Sorosky, A.D. (1990). *Trastornos de la alimentación*. Argentina. Nueva Visión.

Vázquez Velázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de endocrinología y Nutrición*. 12 (4-supl 3), 136 - 142

Wadden, T, Stunkard, A. (1993). Psychopathology and obesity. *Ann NY Acad Science*; 499: 55-65.

Watkins, M.L.,Rasmussen,S.A., Honein, M.A., Botto, L.D. & Moore, C.A. (2003). Maternal obesity and risk for birth defects. *Pediatrics*, 111 (5 Part 2), 1152-1158.

Wee, C., McCarthy, E., Davis, R. & Phillips, R. (2000). Screening for cervical and breast cancer: 15 obesity an unrecognized barrier to preventive care? *Ann Intern Med*; 132, 697-704.

2. F54 Factores psicológicos... [316]

Obeso no es un simple epíteto como gordo, lleno o panzón, hoy en día, Obesidad y sobrepeso, son términos precisos de salud integral

CLASIFICACION DE OBESIDAD Y SUS INDICADORES

Los principales Trastornos de la Alimentación en el DSM-IV-TR (2002) son la anorexia, la bulimia y la compulsión para comer (o atracón) donde se puede ubicar el Sobrepeso. En los siguientes trastornos se encuentran la pica y los desórdenes de la alimentación no especificados, donde se puede clasificar a la Obesidad. La clasificación práctica de la obesidad y el sobrepeso es a través de indicadores aportados por la antropología biológica o física, denominados antropométricos. A partir de la segunda mitad del siglo XX, el uso del índice de masa corporal (IMC), medición antropométrica de Quételet* que es el método por excelencia para clasificar el peso corporal en un continuo de bajo peso a obesidad mórbida. La medición antropométrica se basa en "... determinar las alturas, profundidades y anchos de las diferentes partes del cuerpo humano a partir de puntos anatómicos establecidos y determinados por los antropólogos, teniendo en cuenta la biomecánica del movimiento humano. Para realizar estas mediciones hay que tener en cuenta una serie de principios teóricos y prácticos" (Arrón Mandilego, 1994:6).

Rodríguez, Moreno & Sarría en 2010 refieren la clasificación de la obesidad a través del IMC:

"La denominación IMC data de 1971, y las definiciones comunes de obesidad se han conformado en los años noventa del siglo xx. En 1998 se obtuvo una aceptación internacional definitiva en una publicación de la Organización Mundial de la Salud. La palabra sobrepeso ha reaparecido en los años noventa. El término sobrepeso de la OMS es equivalente a la palabra inglesa overweight". (pág. 37).

Otras medidas antropométricas son la relación de la cintura con la cadera o índice cintura-cadera (ICC). La fórmula para su obtención es dividir la circunferencia de la cintura (en centímetros) entre la circunferencia de la cadera (en centímetros) cuyo resultado permite estimar el factor de riesgo a la salud para mujeres y hombres. En relación con el IMC y mortalidad, Bender et al., en 1998, señalan la estrecha relación del tipo de obesidad con muertes prematuras. (Tablas 1 y 2).

Organización Mundial de la Salud en 1995 con base a los trabajos de Must et al, de 1991, propuso a través de un comité de expertos, un sistema de clasificación para el sobrepeso en menores de edad (niños y adolescentes). Recomienda la OMS el empleo de las tablas de referencia de índice de masa corporal sobre la edad. La definición de riesgo al sobrepeso en niños de 10 y más años de edad, a partir del percentil 85. Para la obesidad, los niños a partir del percentil por arriba de 95 (y un pliegue tricípital igual o mayor al percentil 90). Para los niños menores de 10 años, propuso emplear el peso para la estatura a partir del resultado del puntaje Z mayor a 2**.

* L. A.J. Quételet (1796-1874), de origen belga, aplicó la teoría de la probabilidad al estudio de la condición humana.

**Los puntajes Z son transformaciones que se pueden hacer a los valores o puntuaciones de una distribución normal, con el propósito de analizar su distancia respecto a la media, expresándolas en unidades de desviación estándar.

Tabla 1: Clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) de acuerdo con WHO (2000/2010); NOM-174-SSA1-1998; NOM-008-SSA3-2010; Rodríguez Martínez, Moreno & Sarría, 2010

Riesgo a problemas de salud, 2010a	Aumentado	Menor	Aumentado	Alto	Muy Alto	Extremadamente alto
Fuente / Clasificación	Debajo del peso normal	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad Tipo I	Obesidad Tipo II	Obesidad Grave o mórbida Tipo III
WHO, 2000/2010	IMC					
	<18.5	18.5-24.9	>25.0*-29.9	30.0-34.9	35.0**-39.9	>40
NOM, 1998			>23.0*-25	>27		
NOM, 2010			25.0-29.9			

IMC= Peso actual (kg.) / Estatura (m²)

WHO: Organización Mundial de la Salud. Define al sobrepeso como el índice de masa corporal mayor o igual a 25 y la obesidad como igual o mayor a 30.

α Rodríguez Martínez, Moreno & Sarría, 2010.

*Obesidad en las personas adultas de estatura baja.

**IMC de 35,0 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como obesidad mórbida. (WHO, 2000/2010)

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS. Bajo peso <5 percentil.

La identificación internacional del sobrepeso y la obesidad para niños y adolescentes, se realizó por la Organización Mundial de la Salud en 1998 a través de un grupo de trabajo internacional, la International Obesity Task Force (IOTF). En 2000, Cole y colaboradores, compilaron y promediaron las curvas percentilares del IMC de menores de edad de 2 a 17 años de edad, originarios de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Holanda, Singapur y EUA. Obtuvieron puntuaciones para mujeres y hombres correspondientes a valores de IMC para sobrepeso (25) y de IMC para Obesidad (30) (Tabla 3). La tabla 4 contiene las gráficas del índice de masa corporal por la OMS.

Tabla 2: Relación de factores de riesgo por el índice de cintura-cadera en mujeres y hombres

Tipo de Riesgo	Mujeres	Hombres
Bajo	< 0.80	< 0.89
Moderado	0.81 – 0.849	0.90 - 0.949
Alto	> 0.85	> 0.95

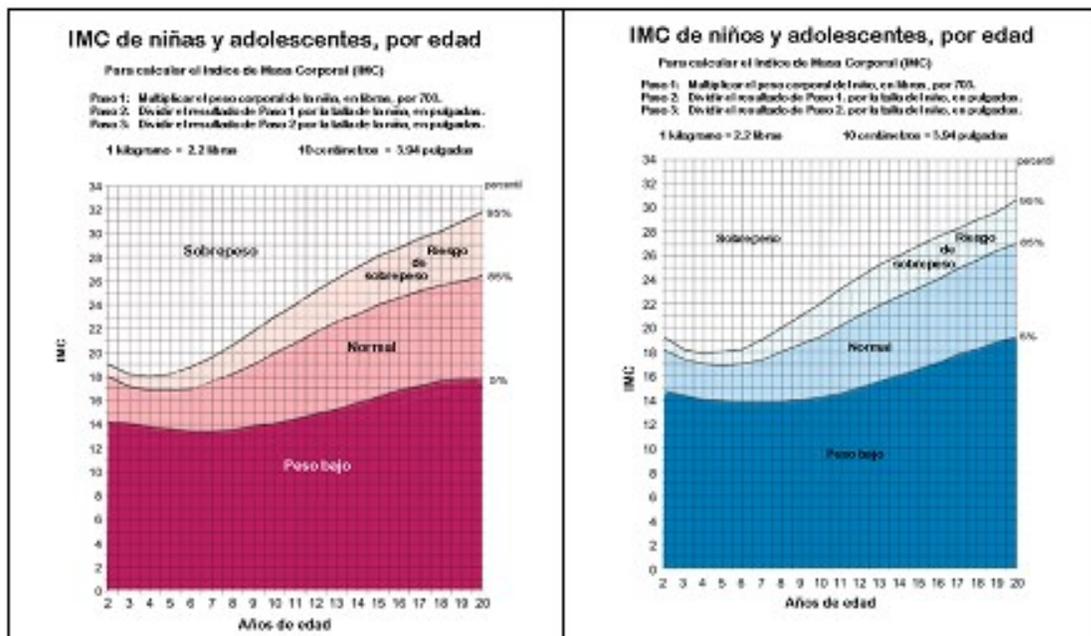
Posteriormente de Onis et al., de 2007, para niños de 6 a 19 años basada en una “reconstrucción” de datos de la referencia del NCHS/OMS de 1977.)

En 2009, Ramírez, Valencia & Grijalva, investigadores de la Universidad de Nuevo León, México, reportan las ventajas y limitaciones del uso del índice de masa corporal en niños, de acuerdo con el rango empleado para establecer el inicio del sobrepeso y el de la obesidad.

Tabla 3: Puntajes internacionales (IOTF) para el IMC de sobrepeso y obesidad, para mujeres y hombres de 2 a 18 años de edad. Fuente: Cole et al, 2000: 4

Edad (años)	IMC 25		IMC 30	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

Tabla 4: Índice de masa corporal para niñas y niños, por edad de acuerdo con la OMS



Clasificación desde el ámbito psicológico

La conceptualización psicológica de la obesidad se encuentra en las modalidades asociadas como las cogniciones, conducta, emociones, relaciones interpersonales, personalidad y trastornos. En la modalidad cognoscitiva, se encuentra la fobia a engordar, la aversión a los alimentos y el abandono a realizar actividades físicas con el consecuente sedentarismo. En los denominados trastornos de la alimentación, la persona presenta procesos cognitivos erróneos, irracionales o distorsionados. El aspecto conductual se refleja en la conducta por evitación o restricción alimentaria con la preocupación absoluta por el peso corporal o a engordar. Sus consecuencias los llevan a una delgadez extrema poniendo en riesgo su salud y su vida.

De forma inversa, la falta de preocupación al peso corporal, la conducta alimentaria desordenada en cuanto tiempo, porciones de alimento, descanso corporal y socialización se va adquiriendo e incrementando la ganancia de peso por la acumulación de tejido adiposo y el ahorro de energía. El consecuente aumento en el volumen corporal y la forma fenotípica de obesidad. Esta condición se encuentra excluida de la nomenclatura psicológica de "Trastorno Mental". Sin embargo persiste en el juicio social del comer en exceso en el "trastorno de la abundancia" (Álvarez et al, 1998), la obsesión por la comida en trastorno de obsesivo compulsivo (TOC), y la teoría adictiva o diagnóstico por dependencia por uso de sustancias. La obesidad infantil es predictora de la obesidad en adultos:

"Aunque la obesidad se puede desarrollar en varias etapas de desarrollo, y la obesidad se producen más tarde en el curso del desarrollo infantil y adolescente es un mejor predictor de la obesidad en los adultos, la mayoría con sobrepeso y los individuos obesos se convierten así en la edad adulta" (Devlin, 2007:83).

Con la llegada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, en su quinta edición (V), por la Asociación Psiquiátrica Americana en el 2013, la obesidad podría ser clasificada como desorden nocturno (Stunkard, et al., 2008), o desorden psicobiológico como síndrome orgánico cerebral (Volkow, et al., 2007). La actual mención de los trastornos por atracón tiene como consecuencia la obesidad y otras complicaciones a la salud. Se destaca el papel de la psicología en la obesidad. Con el diagnóstico, el tratamiento de la Obesidad debería ser sencillo: comer en menor cantidad y hacer actividad física. Sin embargo en la Obesidad concurren varios factores de diferentes órdenes: cultural, psicológico, ambiental, genético y económico. Se añade el manejo del equipo multidisciplinario, la motivación del paciente y la obtención de logros.

Referencias

- Álvarez, G., Mancilla, J.M., López, X., Vázquez, R., Ocampo, M.T. & López, V. (1998). Trastornos alimenticios y obesidad: avances de investigación de una población mexicana. *Psicología contemporánea*, 5(1), 72-79.
- Arrón Mandilego, Y. (1994). La antropometría, y sus aplicaciones. MAPFRE SEGURIDAD, 55, 3-9.
- Bellisle, F., Monneuse, M.O., Steptoe, A. y Wardle, J. (1995). Weight concerns and eating patterns: A survey of university students in Europe. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 19, 723-730.
- Bender, R., Trautner, C., Spraul, M. & Berger, M. (1998). Assessment of excess mortality in obesity. *Am J Epidemiol*. 147(1), :42-48.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide. *International survey*. *BMJ*, 320, 1240-1245.
- de Onis, M., Onyango, A.W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, Ch. & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85 (9), 660-667.
- Devlin, M.J. (2007) Eating Disorder Not Otherwise Specified: Is There a Place for Obesity in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders*, 40, S83-S88.
- Kuczmarski, R.J., Ogden, C.L., Grummer-Strawn, L.M., et al. (2000). CDC growth charts: United States. Advance data from vital and health statistics; no. 314. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 1 – 28.

- Must, A., Dallal, G.E. & Dietz, W.H. (1991). Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. *Am. J. Clin. Nutr.*, 53, 839 – 846.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.* Secretaría de Salud. Miércoles 4 de agosto de 2010. DIARIO OFICIAL (Primera Sección).
- NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.* Secretaría de Salud. Miércoles 12 de abril de 2000. DIARIO OFICIAL (Primera Sección).
- Ramírez López, Valencia Juillerat, .E., & Grijalva Haro, M.I. (2009). Tamaño y composición corporal en niños mexicanos II. El uso del índice de masa corporal para la edad en la evaluación del sobrepeso. *RESPYN*, 10(4), S/P. Disponible en respyn.uanl.mx/x/4/ensayos/imc.html.
- Rodríguez Martínez, G., Moreno Aznar, L.A. & Sarría Chueca, A. (2010). Sobre el índice de Quetelet y obesidad. *Revista Española de Obesidad*. 8(1), 34-40.
- Stunkard, A., Allison, K. & Lundgren, J. (2008). Issues for DSM - V: Night Eating Syndrome. *Am. J. Psychiatry*. 165 (4), 424.
- Volkow, N.D., & O'Brien, C.P. (2007). Issues for DSM - V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder? *Am J Psychiatry*, 164(5), 708–710.
- Weissberg, K. & Quesnel-Galván, L. (Coord). (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. Secretaría de Salud.
- World Health Organization (2000/2010). Technical report series 894: *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva, W.H.O.

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

3. Acérquese... ricos tamales

Cultura Alimentaria y población migrante en la zona oriente de la Ciudad de México (Parte 2)

La cultura es la reconstrucción de los hábitos colectivos que la sustentan.
Murdox, 1985

Las referencias de los individuos en sus celebraciones y hábitos, destacan a ciertos alimentos como punto central del vínculo socio afectivo cuyo intercambio refuerza las relaciones interpersonales.

A comienzos de año, las principales celebraciones religiosas de la clase media son la Rosca De Reyes y el Día de la Candelaria. Llamado el puente “Guadalupe-Reyes”, se extiende hasta los tamales y el atole otorgados por el la persona que sacó el “muñequito de la rosca” (muñequito de plástico o de porcelana), el convivio tradicional es acompañado de tamales, champurrado, atole, refresco, “*agua de sabor y tequila. Y claro no puede faltar el pastel, la gelatina y sobre todo la rosca de reyes*” (MK, 34 años). La población rural y marginal, aunque de fe católica no acostumbra estas celebraciones. Los jóvenes de distintos estratos sociales, reservan el 14 de febrero para demostrar afecto. Obsequian y reciben tarjetas, flores, chocolates y dulces “*aunque no lo festeje*” (ER, 23 años).

El único capital de una familia de migrantes es con frecuencia el saber culinario de sus mujeres: el brasero o la mesita en la banquetta son muchas veces los instrumentos que permiten iniciar una nueva vida. Así se ha enriquecido la ciudad de México con una excelente gastronomía popular de origen oaxaqueño o poblano, y los Estados Unidos han recogido las tradiciones alimentarias del norte fronterizo (Alfaro, 2002: 57).

La conceptualización de la cultura permite comprender la conservación de las celebraciones y tradiciones de las personas migrantes. Llevan consigo su historia, aprendizaje y hábitos, a donde vayan. La intervención clínica de los hábitos o patrones alimentarios constituye una fortaleza difícil de vencer. A continuación se abordan la conceptualización cultural de los hábitos. La cultura es producto del

aprendizaje y no de la herencia. Las culturas del mundo son sistemas de hábitos colectivos. Las diferencias observables entre ellas son el producto acumulativo del aprendizaje masivo bajo diversas condiciones sociales y geográficas. La cultura se aprende precisamente por medio del mismo mecanismo implicado en la formación de todo hábito. El hambre, el sexo, el temor y otros impulsos básicos, así como las motivaciones adquiridas, impiden a actuar a los seres humanos sin control. La cultura es una serie de patrones integrados de conducta desarrollados a partir de los hábitos de las masas (Shapiro, 1985: 235). Estos hábitos, dan lugar a las normas sociales, y patrones culturales que, a su vez, se convierten en costumbre, que es el camino recto. Los comportamientos inadecuados son socialmente desanimadas a través del desprecio, ridículo, ostracismo, privación o castigo. A la inversa, las positivas son aprobadas y recompensadas, lo que sirve para inducir la conformidad hacia las normas. Aunque la cultura pertenece a todos los miembros que la comparten, la normatividad difiere de entre sus miembros de acuerdo con su nivel social, parentesco o grupo.

Una cultura consta de hábitos que son compartidos por los miembros de una sociedad, ya sea ésta una tribu primitiva o una nación civilizada. La participación puede ser general en toda la sociedad, como en el caso de los hábitos de lenguaje, o particular por personas dentro de la sociedad. Para Murdox (En Shapiro, 1985), la participación social de los hábitos tiene diversas causas. Las situaciones en las que se adquieren los hábitos son similares para muchos individuos, lleva en sí al aprendizaje paralelo. Cada generación inculca a la siguiente, por medio de la educación, los hábitos culturales que ha encontrado satisfactorios y adaptables. Los hábitos que son compartidos de diversos modos dentro de una sociedad, y que constituyen su cultura, se dividen en dos clases: hábitos de acción o “costumbres”, estas incluyen modos de conducta fácilmente observables como en ceremonias y técnicas de manipulación de objetos materiales; y hábitos de pensamiento o “ideas colectivas”, que no son directamente observables, incluyen un conjunto de expectativas sociales. Entre éstas se encuentra el conocimiento práctico, las creencias religiosas y los valores sociales. Se infieren de las expresiones en el lenguaje y otros tipos de conducta abierta. Con cada costumbre y grupo organizado de costumbres, tales como un “complejo cultural” o una “institución”, se asocia por lo general un conjunto de ideas colectivas (Murdox. En Shapiro, 1985: 349).

Para Mandelbaum (1985) el ser humano es un ser social lo que lo integra a otros miembros que se organizan en grupos, familias, clanes a beneficio individual y colectivo. La naturaleza de los grupos a los que el individuo pertenece normalmente varía entre los diferentes pueblos del mundo. Sin embargo, a pesar de su diversidad, hay dos tipos en toda sociedad humana: la familia y la comunidad local. A partir de estos grupos, la transmisión de conocimientos y el aprendizaje se favorece a todos sus miembros, a través de ciertos patrones de conducta que los regulan.

Determinada por los hábitos, la conducta efectiva también es afectada por el estado fisiológico y emocional del individuo, la intensidad de sus impulsos, y las circunstancias externas particulares. Ya que nunca hay dos situaciones exactamente iguales, la conducta real fluctúa considerablemente, aun cuando se origine del mismo hábito. Mientras que la cultura es la reconstrucción de los hábitos colectivos que la sustentan, el comportamiento social se modifica de acuerdo con las expectativas sociales, y después en las costumbres, creencias y reglas. Paulatinamente, se alteran los hábitos colectivos y la cultura concuerda mejor con las nuevas normas de la conducta efectiva. Los acontecimientos que pueden producir cambios culturales son los relacionados con el tiempo y lugar. Comienzan con el proceso de innovación, la formación de un nuevo hábito por un solo individuo y que subsecuentemente es aceptado o aprendido por otros miembros de su sociedad, difiere de los hábitos puramente individuales por el hecho de que llega a ser socialmente compartido.

Referencias

Benedict, R. El Desarrollo de la Cultura. En Shapiro, H.L. (1987). *Hombre, Cultura y Sociedad*. Capítulo VIII: 246-260, México, FCE.

Mandelbaum, D. Agrupamientos humanos. En Shapiro, H.L. (1987). *Hombre, Cultura y Sociedad*. Capítulo XII: 348-362, México, FCE.

Murdox, G.P. Proceso del Cambio Cultural. En Shapiro, H.L. (1987). *Hombre, Cultura y Sociedad*. Capítulo XII: 348-362, México, FCE.

Shapiro, H.L. (1987) *Hombre, Cultura y Sociedad*. México, FCE.

Ana Rosa Rangel Rojas

4. Como, luego existo

EL CHILE Y LA MEDICINA

Uno de los alimentos predominantemente mexicanos es el Chile. A. Lomelí (2002) enfatiza los enfoques social y de salud este alimento que, además de dar sabor a los alimentos tiene propiedades curativas. En esta sección se reproducen algunos párrafos:

Desde la perspectiva de la medicina preventiva debería anotarse que el chile es un estimulante de las vías digestivas, que indía al hambre y abre el apetito, pero curiosamente también es capaz de apaciguar el apetito ante la escasa comida. El chile es rico en vitaminas C y A, por lo que ayuda a prevenir o evitar las enfermedades propias de las deficiencias de estas vitaminas, por ejemplo, la deficiencia de vitamina C provoca el escorbuto, el dolor de las articulaciones, hemorragias en las encías y hasta trastornos mentales; por su parte, la deficiencia de vitamina A causa ceguera nocturna, xeroftalmia (resequedad de los ojos), queratinización del ojo y los tejidos epiteliales, deterioro del crecimiento, etc.

El chile ha sido el único fruto vinculado a un premio Nobel. Efectivamente, la primera vitamina C pura fue producida en 1928 por el húngaro Albert Szent-Györgyi, lo que lo hizo merecedor del Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1937. Siglos antes, los mayas ponían en su boca chiles, ricos en ácido ascórbico, para curar las encías infectadas. La doctora M. Goldschmint, de la Universidad de Texas, acreditó esta práctica cuando encontró que la vitamina C ayuda al cuerpo a combatir la enfermedad periodontal. También, durante el siglo XVI se afirmaba que comer chiles asados después de cada alimento mejora la visión, aunque todavía se ignoraba que el chile tuviera vitamina A...Dentro del mismo plano psicológico, el chile funciona como estimulante y euforizante, exalta la conciencia de ese momento especial de experimentar lo picante y, como hemos dicho, actúa también como una droga que altera levemente el estado de conciencia, de manera un poco similar a como lo hacen la datura, los hongos, etc., sin ser adictivo ni alucinógeno.(Lomelí, 2002:315-318).



El chile ayuda a bajar de peso

En su siguiente párrafo Lomelí (2002), señala la acción del chile sobre el metabolismo del colesterol:

“...estudios realizados por bioquímicos en el Instituto de Investigación Central de Tecnología de Alimentos, en la India, comprobaron que la capsicina baja el nivel de colesterol “malo” en la sangre, así como los triglicéridos, por lo que puede contrarrestar el daño causado por alimentos grasos... Otra sorpresa es que la comida picante puede darnos un bono extra al incrementar el ritmo metabólico y quemar calorías más rápidamente. En una prueba con 12 voluntarios, investigadores británicos del Politécnico de Oxford, encontraron que al agregar tres gramos de salsa picante y tres gramos de mostaza picante a la comida, se provoca en los sujetos un incremento en el ritmo metabólico de cerca de un 25%, con ello quemaron un promedio de 45 calorías más en las siguientes tres horas.

También se ha relacionado el Chile con la identidad nacional, a la tolerancia del picante, a la diversa gastronomía desde salados hasta dulces. “Cada región tiene sus propias creaciones culinarias, cada variedad de chile tiene sus propias salsas y se combinan también las variedades de chiles” (Lomelí, 2002:311).

Por ultimo un alimento tradicional mexicano son las gorditas. Semejantes a las empanadas de Argentina, o Arepa de Colombia, por su cubierta de masa y su interior de algún guisado. Llevan en sus ingredientes chile, o se acompaña de alguna salsa de chile.

Tabla 1: Valores del chile (picante, aji o pimiento) en unidades de Scoville. Se utiliza la escala oficial del picante del chile. Fuente <http://www.botanical-online.com/capsaicina.htm>. 2013.

Escala oficial del picante de chile de menor a mayor grado de acritud en relación con las unidades de Scoville		
Valores escala oficial del picante del chile	Unidades de Scoville	Ejemplos
0	< 100	Pimiento común o dulce
1	100- 500	Pimiento mexicano
2	500 - 1000	Big Jim
3	1000 - 1500	Pimiento ancho
4	1500 -2500	Pimiento cascabel
5	2.500 - 5000	Pimiento jalapeño
6	5000 - 15.000	Pimiento serrano
7	15000- 30.000	Pimiento de árbol
8	30.000 - 50. 000	Pimiento de Cayena
9	50. 000 - 100.000	Pimiento tailandés
10	100.000 - 350.000	Pimiento habanero

* Capsaicina pura = 16.000.000 de unidades de Scoville.



Una gordita estilo Veracruz del restaurante El Bajío en la Ciudad de México
<http://es.wikipedia.org/wiki/Gordita>



Gorditas de Torreón, Coahuila, México

Referencias

Lomelí, A. (2002). Gastronomía sociopsicología y medicina del chile. Patrimonio Cultural y Turismo. Cuadernos. *Memorias Congreso sobre Patrimonio gastronómico y turismo cultural en América Latina y el Caribe*. México. CONACULTA. T. I : 315-318.

Botanica on line.(2013). *Capsicina*. Disponible en: <http://www.botanical-online.com/capsaicina.htm>

Chiles y salsas en México. Un sabor a identidad. Aquí es Querétaro. 28-06-2013. Disponible: <http://aqui.esqueretaro.com/2013/06/28/chiles-y-salsas-en-mexico-un-sabor-a-identidad/>

5. Colaboraciones

MEDIOS, ESTEREOTIPO Y SATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES (PARTE 2)

Publicidad y Estereotipo femenino

La publicidad tiene el efecto de persuadir ciertos comportamientos en las personas receptoras. Exaltar la salud, belleza, atractivo visual, “perfección y buen gusto”, características prediseñadas de acuerdo con el propósito del publicista y de la sociedad que delimita sus valores. El uso de la imagen femenina en la publicidad marca diferencias de raza, estatus socio-económico, formación educativa o cultural, modelos que condicionan las formas de ser mujer o de ser hombre en nuestra sociedad (CIMAC, 2003).

La promoción de modelos imaginarios, repercuten en la propia imagen corporal de los espectadores y en su salud (Ruiz, 2003). La publicidad por su inmediatez, flexibilidad y capacidad de abarcar grandes públicos, es la instancia privilegiada para crear, recrear, reproducir y difundir determinados patrones del ser y quehacer femenino en diversos escenarios sociales: familia, escuela, iglesia, trabajo, grupos políticos y medios (Castro, 2000).

La transformación de la mujer de acuerdo a los intereses, gustos del hombre, muestra el desconocimiento total de la mujer como ser distinto al hombre, pero plenamente igual a él en todos los derechos (Victoroff, 1978). En la sociedad dominante y androcéntrica, la mujer es el eterno personaje secundario solo capaz de lucir su cuerpo como adorno en los acontecimientos sociales o como anzuelo publicitario (Ferrés, 1994). La mujer y su cuerpo quedan atrapados en un doble discurso que los educa, doméstica y lo destruye; uno obscurantista y represivo, lleno de ignorancia, culpa, silencios y prejuicios; el otro trivial y vanidoso. Lleno de saberes acerca de belleza, de dietas y de medios y que se mueve de una pura apariencia en el mundo (Victoroff, 1978). Responsable en gran medida de la forma en que se construye la identidad de género en México, la publicidad crea estereotipos que encasillan a la mujer alabando determinados estilos de vida (Gil, 2003).

Además, la influencia de la publicidad también incide desde los niños hasta los adultos mayores (Kagelmann & Wenninger, 1986). Uno de los públicos más solicitados para venderle productos son los jóvenes, pero predominantemente los adolescentes, ya que son fáciles de persuadir, al estar en una etapa en la que no tienen definida su identidad, imagen, personalidad; buscan un ejemplo a seguir de hombre o mujer, al tener fricciones dentro de su hogar, muy comunes durante esta etapa, su imagen se verá influenciada en gran medida por los estereotipos presentados en la publicidad. Al conocer las dificultades que presentan los adolescentes, la publicidad lo aprovecha para bombardearlos de productos que les brindará “seguridad, prestigio, popularidad...”, los jóvenes son protagonistas principales de las tramas de diversos géneros; son ellos quienes aman, actúan, cantan, tiene una vida interesante y pueden arriesgarlo todo. Son consumidores potenciales de la sociedad; a ellos se dirigen los ídolos; la moda, el artista del momento y todo tipo de mercancía. En jovencitas los productos del mercado son los cosméticos, perfumes, ropa, según la estación del año y la moda, así como un mundo de fantasía ideal de comportamiento y de cómo relacionarse con el otro, del mundo en el que se mueve atractivo para cualquier mujer (García, 2003).

Bustos (2001) por su parte, define a los estereotipos de género como el conjunto de creencias acerca de lo que significa ser hombre o mujer en donde se incluye información sobre: apariencia física, intereses, rasgos psicológicos, formas de pensar y de sentir.

La misma autora propone que los estereotipos hacia lo femenino, hacia la mujer, se encuentran asociados a lo emotivo/sensitivo. De aquí que la mujer sea vista como figura:

- Tierna, sensible, dulce, honesta, insegura, dependiente, pasiva, abnegada, compresiva, débil,

mediadora, generosa, tolerante, cariñosa, emotiva, afectiva, estética, coqueta, seductora, observadora, intuitiva e indecisa.

Por otra parte, los estereotipos hacia lo masculino, hacia el hombre, son asociados a lo intelectual/racional. Así, el hombre es visto como: Proveedor, agresivo, violento, dominante, fuerte, firme, valiente, controlador, poderoso, egoísta, ambicioso, impetuoso, combativo, creativo, inteligente, decidido, asertivo, activo, intransigente, autónomo e independiente.

Los estereotipos dan una imagen consistente y ordenada del mundo en el cual los hábitos, gustos, capacidades, comodidades, y esperanzas se han ajustado por sí mismos.

Señala Bustos (2011) de la utilización de los estereotipos de la publicidad promotores de mujeres delgadas y seductoras, y más recientemente de las “super mujeres” que son perfectas como profesionistas, madres y parejas y “ahorran muchos millones al estado y a la iniciativa privada cuando no exige guarderías y otras prestaciones laborales”. Construcción del cuerpo, medios de comunicación y trastornos alimentarios en el CRIM-UNAM, el 6 de noviembre de 2008, señala:

“La publicidad al presentar imágenes con cuerpos perfectos, transmite la idea de que éstas deben aceptarse como estándar o ideal vertiéndose así en un factor de alto riesgo para conductas relacionadas con trastornos de la bulimia y la anorexia... tendrán repercusiones a nivel: escolar, familiar, laboral y comunitario. La prevención y atención de los trastornos alimentarios con la participación de diferentes disciplinas, la Psicología es clave. Buenos hábitos alimentarios y el plato del bien comer; formación de audiencias críticas y la necesidad de legislar (democracia, diversidad)”.

“... procurando que pueda insertarse como parte de las políticas públicas o gubernamentales” (2011: 75).

Adolescencia

La adolescencia es caracterizada e institucionalizada de acuerdo a la sociedad en la que se situó. En una sociedad como la nuestra la adolescencia es glorificada por los medios de comunicación, ya que la publicidad dirigida al mercado adolescente ha experimentado un aumento considerable, lo que genera grandes ganancias económicas (Hernández, 2000).

La construcción de la identidad sexual y de género durante la adolescencia está íntimamente ligada y conectada a diferentes procesos biológicos, psicológicos, socioculturales e interpersonales que condicionan y que a su vez son condicionados por esta misma (Cabral & Cruz, 2001).

Los medios de comunicación dirigen la atención del adolescente hacia la importancia de las relaciones heterosexual. Es en nuestra cultura; las canciones, el cine, la televisión y la literatura los que ayudan a que el adolescente se identifique con el rol de amante o amado, que aprenda patrones aprobados de la conducta romántica (Cabral & Cruz, 2001). Las relaciones de pareja se intensifican y son primordiales para el adolescente. Por otra parte la elección ocupacional y las expectativas de lo que se quiere ser, son también elementos de la formación de la identidad. Uno de los aspectos dignos de resaltar en el desarrollo de los adolescentes es la imagen corporal a través de la satisfacción o insatisfacción con su propia imagen que hace referencia a la autoevaluación, sentimientos y actitudes positivas o negativas hacia su cuerpo y/o partes del mismo (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Imagen Corporal

Igualar la imagen de alguna figura importante o famosa, elegir la ropa adecuada para la temporada de acuerdo a las tendencias de la moda, son ocupaciones por la apariencia personal relacionada con la aprobación social. La ropa, el calzado, accesorios y productos de belleza son artículos facilitadores para proyectar la imagen deseada. El concepto de imagen corporal ha sido abordado por diferentes autores entre los que se encuentran:

Bruchon-Schweitzer (1992 citado por Gómez Pérez-Mitré 1997), la define como la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

Schilder (1989 citado por Hernández, 2000), la imagen corporal es la representación mental que la persona elabora de su propio cuerpo. Es una estructura psicológica y fisiológica resultado de la vida en sociedad. Los elementos para la construcción de la imagen corporal no proceden solamente de sus percepciones externas e internas que tenemos de nuestro cuerpo sino también de las reacciones de los que nos rodean.

Rosen (citado por Rice, 1997), la imagen corporal es la forma en que una persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Así, a lo largo de su existencia el individuo elabora a través de su experiencia un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes con respecto a su cuerpo; es decir, elabora una imagen corporal, percepción que hace referencia a normas de belleza y roles (Bruchon-Schwetzer, 1992 citado por Gil, 2003)

Thompson (1990, citado en Rice, 1997), tres componentes básicos de la imagen corporal:

Perceptual: Se refiere a la precisión con que la persona percibe o estima partes de su cuerpo o a la totalidad de él.

Subjetivo (cognitivo-afectivo): incluye las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca la percepción del cuerpo.

Conductual: lo que provocan la percepción del cuerpo y sentimientos relacionados con el mismo.

Gómez Pérez-Mitré (1997), considera que la alteración del componente perceptual de la imagen, que incluyen su distorsión y la insatisfacción con la misma, son resultado de varios factores:

Condiciones sociales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen, estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y además, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas, con:

Variables individuales más o menos objetivas peso o tamaño y forma real; con

Variables psicosociales subjetivas como, autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o de figura ideal, auto atribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otros; y con

Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.

Phelps en 1993 (en Toro, 1996), realizó un estudio, en el que evaluó a las chicas adolescentes del distrito escolar de Búfalo. Se les pasó una encuesta a todas las alumnas situadas en Middle School, de 12 a 14 años, Los resultados fueron que en esta escuela, el porcentaje de niñas que se medicaban para adelgazar (anoréxicas) había parado del 0.8% al 6% y de niñas vomitadoras (bulímicas) había pasado del 3,8% al 11,4%.

Andrade y Castro (2004), estimaron el nivel de satisfacción/ insatisfacción de la imagen corporal con la figura ideal, la Escala de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré. Encontraron que el 18% de las adolescentes con satisfacción positiva; el 82% se mostraron insatisfechas; el 20% con diferencia negativa, es decir, la imagen actual es más delgada que la deseada y se anhela una silueta más gruesa y el 62% con diferencia positiva, que indica que la imagen actual es más gruesa que la deseada, es decir, se anhela una silueta más esbelta a la actual. La mayoría de las mujeres desean ser más delgadas y presentan discrepancias entre su aspecto ideal y el real, es decir, hay un deseo a estar dentro del estereotipo que la sociedad establece. La insatisfacción que manifiestan es un deseo por tener una figura más esbelta en el caso del 62%, mientras que sólo un 20% desea tener un peso mayor y figura más robusta que la que tienen.

Referencias

- Bustos Romero, O (2011) Los medios y la construcción de género: factor de riesgo para trastornos alimentarios como anorexia y bulimia. *Derecho a Comunicar*, 2, 60-79.
- Cabral, A. & Cruz, M. (2001) *Autoconcepto y expresiones de género en varones y mujeres adolescentes (perspectiva de género)*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: UNAM.
- Castro, S. (2000) *Estereotipos y roles de género en la publicidad televisiva*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología: UNAM.
- CIMAC (2003) *Reproduciendo los viejos estereotipos Encasilla la publicidad a las mujeres*, <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03oct/03>.
- Ferrés J. (1994) *Televisión y educación*. Paidós: Barcelona
- García, E. (2003). *La mujer publicitaria*. Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación. México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.
- Gil, G. (2003) *Estereotipos de género masculino y femenino*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Alteraciones de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 14 (1), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999) Preadolescentes Mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoretica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 1(16), 153-166.
- González Pérez, M.A., & Mendoza García, J. (2001). *Significados Colectivos, proceso y reflexiones teóricas*. México, ITESM-CIIACSO.
- Hernández, S. (2000) *Trastornos de alimentación: percepción de la relación materna y la imagen corporal en las adolescentes mexicanas*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología: UNAM.
- Kagelmann, H. J. & Wenninger, G. (1986). *Psicología de los medios de comunicación*. Barcelona: Herder.
- Rice, P. (1997) *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México: Prentice-Hall.
- Ruiz, M. (2003) *Primero muerta que gorda. Crean los medios modelos peligrosos*. <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03mar/03>.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Ariel, Barcelona.
- Victoroff D. (1980) *La publicidad y la imagen*. Barcelona: Colección punto y línea, Gustavo Gill.

Sharone Montserrat Andrade Soria y Lizbeth Castro Amaro

6. Próximas reuniones científicas



2013 World Mental Health Congress of the World Federation for Mental Health

Congreso Mundial de Salud Mental de la World Federation for Mental Health 2013

English: <http://www.wmhc2013.com>

Español: <http://www.wmhc2013.aasm.org.ar/es>

Português: <http://www.wmhc2013.aasm.org.ar/pt>

25, 26, 27 y 28 de agosto de 2013



1er CONGRESO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD
 XI Congreso de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (S.E.E.D.O.)
 15º Congreso de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida
 y de las enfermedades metabólicas (S.E.C.O.) y de la Sección de Obesidad Mórbida de la A.E.C.
 14 y 15 de Marzo de 2013 Hotel Meliá Castilla, Madrid

<http://www.seedo.es/Actualidad/Agenda/FichaEvento/1er/congreso/medico-quirurgico/obesidad/tabid/236/itemid/1336/type/evento/Default.aspx>



May 12-15 2013

XX Congreso Europeo sobre Obesidad. ECO 2013

Liverpool, 12 al 15 de mayo de 2013

www.cemefar.com/index.php?sec=1&fam=&id=1426



www.icn2013.com

Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
 Programa de Prevención Psicológica

3er Congreso Estudiantil de Investigación en Psicología
 Hacia la innovación y ampliación de conocimientos de la formación psicológica

4, 5 y 6 de septiembre del 2013

- Ponencias Magistrales
- Videoconferencias
- Talleres
- Sesiones Cartel
- Actividades culturales

Informes e Inscripciones
<http://ragazzochecho.wix.com/congreso-estudiantil>
www.facebook.com/congreso.estudiantil.142?fref=ts

El Programa de Prevención Psicológica les invita

24 CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA DEL TRABAJO
21 CONGRESO IBEROAMERICANO DE RECURSOS HUMANOS
 LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: MÁS ALLÁ DE LA TEORÍA

20 al 23 de Junio de 2013
Acapulco, Guerrero, México

UCC Manual Moderno películas.mel sa EDITORIAL TRILLAS

