



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS. UNA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
Martínez Ramírez María de Jesús Nayely
Muciño Navarrete Nallely

Directora: Mtra. **Norma Yolanda Rodríguez Soriano**
Dictaminadores: Dr. **Rafael Jiménez Flores**
Mtra. **Ma. Refugio Ríos Saldaña**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

Marzo 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA UNAM

Por ser durante 4 largos, complejos, pero sumamente enriquecedores años, mi segunda casa. Recinto de sabiduría y grandeza, no tengo más que enorgullecerme de haber sido parte de ti.

A DIOS

Gracias infinitamente por permitirme concluir esta meta. Agradezco cada una de las pruebas que pusiste en mi camino, que me han permitido crecer y aprender de cada una de ellas, pero sobre todo por acercarme a las personas que siempre estuvieron a mi lado para darme las fuerzas necesarias para poder salir adelante.

A MI MADRE

Tengo tantas cosas que agradecerle que no existe espacio suficiente en esta tesis. Sin embargo, quiero que sepas que lo que soy es fruto de tu dedicación y esfuerzo. Te agradezco tu confianza, tu apoyo y tu fuerza que me han permitido lograr cada uno de mis sueños. Mil gracias mamá.

A MI PADRE

A ti, te agradezco tu cariño y sobre todo tu apoyo incondicional, que me han ayudado a alcanzar mis metas. Agradezco cada uno de tus esfuerzos y sacrificios para brindarnos lo mejor.

A MI HERMANA

Te agradezco el apoyo y la confianza que has depositado en mí. Al igual que mis padres, has sido el motor de mi vida, me has brindado tu apoyo cuando más lo he necesitado, sobre todo en esta etapa de mi vida. Muchas gracias “Tita”.

A VIRY, ANA Y NALLE

Niñas les agradezco cada uno de los momentos que pase junto a ustedes en los cuales reímos, lloramos, nos enojamos pero sobre todo aprendimos. Quiero que sepan que ustedes han sido una clave importante en mi vida, tanto personal como académicamente, por lo que espero seguir compartiendo con ustedes metas y sueños. ¡Las quiero!

A LAURA, THANIA, TEY Y TANIA

Les agradezco cada una de las pláticas nocturnas, cada una de las aventuras vividas, pero sobre todo cada una de sus palabras de aliento para poder seguir adelante. Compartí con ustedes una de las experiencias más significativas en mi vida y fue gracias a ustedes que dicha experiencia fue gratificante. Gracias por creer en mí.

A ULISES

Agradezco tu apoyo, tu paciencia, tu cariño, tu amor, pero sobre todo tu presencia en mi vida. Gracias por vivir a mi lado momentos únicos que me han permitido crecer, soñar y lograr parte de mis metas.

A MAESTRA NORMA YOLANDA

Gracias por el apoyo y confianza que me brindó para realizar este proyecto. Gracias por el tiempo y dedicación, pero sobre todo por compartir conmigo su experiencia y conocimientos que me han hecho mirar a la psicología de una forma distinta. ¡Muchas gracias!

A MIS MAESTROS

Aquellos que disfrutaron día con día compartir sus experiencias y conocimientos... a todos aquellos que me enseñaron a amar la psicología. A quienes nos reconocían cada logro y ayudaban a corregir cada error. A todos los que me inspiraron aún más a alcanzar esta meta.

Nayely Martínez Ramírez

Dedicatorias y Agradecimientos

Esta Tesis está dedicada a todas esas personas que me han brindado su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras las llevo en mis recuerdos y en mi corazón; pero sin importar en donde estén quiero agradecerles por formar parte de mi vida, por su amor, cariño, comprensión y sobre todo por sus bendiciones.

Papás: Arturo y Graciela quiero que sepan que en todo momento los llevo conmigo y este logro que me llena de dicha, también es suyo. Los amo.

Mami, eres la mejor mamá del mundo gracias por todo tu esfuerzo y por la confianza que depositaste en mí y en mis sueños.

Papí, soy muy afortunada por contar siempre con tu amor, comprensión y sobre todo con tu ejemplo.

Hermandos les agradezco por su apoyo y la compañía que me brindan, se que cuento con ustedes siempre.

✓ *Erick que crees??? ya te gane*

✓ *Lesly te quiero muchísimo aunque casi no te lo diga*

Agradezco haber encontrado el amor, Mario gracias por estar siempre ahí en mis logros y mis fracasos, gracias por aguantar mis berrinches. Te adoro.

A todos mis amigos y amigas sin estricto orden y sin restringir a ninguno Naye, Viry, Ana, Benjamín, Arturo, Diana, Karla mil gracias por todos los momentos que hemos pasado juntos y porque han estado conmigo siempre. Naye tocaya: mil ocho mil gracias porque sin tu valiosa amistad, apoyo, tus conocimientos y el gran equipo que hicimos esto no hubiera salido a flote, disfrute mucho de este gran reto y estoy orgullosa y feliz de haberlo hecho con una de mis mejores amigas te quiero mucho.

A todos mis profesores no solo de la carrera sino de toda la vida, gracias porque forman parte de lo que ahora soy. Especialmente a la Profesora Norma Rodríguez gracias por toda su disposición para compartir conmigo sus conocimientos y sobre todo gracias por la confianza que deposito en mí.

Al más especial de todos, a ti Señor porque hiciste realidad este sueño, por el amor que me rodea, por las magníficas personas que están a mi alrededor. Esta Tesis también es para ti.

Nallely Muciño Navarrete

Agradecemos al Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la enseñanza (PAPIME) de la UNAM No. Reg. PE303507. Asi mismo a la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la UNAM y de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales (SDRI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por financiar el presente proyecto de titulación, ya que sin su ayuda este logro no se hubiera concretado.

Sinceramente: Nayely Martínez y Nallely Muciño

INDICE

| | PÁG. |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Resumen | |
| Introducción..... | 1 |
| CAPÍTULO UNO. PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD | |
| 1.1. Antecedentes..... | 5 |
| 1.2. Definición de salud..... | 8 |
| 1.3. Definición de Psicología aplicada a la salud..... | 8 |
| 1.3.1. Objetivos de la Psicología aplicada a la salud..... | 9 |
| 1.4. Definición y Funciones del psicólogo aplicado a la salud..... | 10 |
| 1.5. Perfil epidemiológico actual en México..... | 11 |
| 1.5.1. Enfermedades crónicas degenerativas..... | 14 |
| 1.6. Problemas físicos y emocionales asociados a las enfermedades crónicas..... | 15 |
| 1.7. Dimensión psicológica de la salud..... | 18 |
| CAPÍTULO DOS. OBESIDAD: UNA ENFERMEDAD CRÓNICA CON REPERCUSIÓN SOCIAL | |
| 2.1. Definición y Etiología..... | 20 |
| 2.2. Antropometría de la obesidad..... | 21 |
| 2.3. Clasificación de la obesidad..... | 22 |
| 2.4. Factores relacionados con la obesidad..... | 23 |
| 2.4.1. Factores Biológicos o Médicos..... | 23 |
| 2.4.1.1. Diagnóstico y Tratamiento médico..... | 24 |
| 2.4.1.2. Epidemiología..... | 27 |
| 2.4.1.3. Enfermedades asociadas a la obesidad..... | 28 |
| 2.4.2. Factores Socioculturales..... | 31 |
| 2.4.3. Intervención Psicológica..... | 31 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.4.3.1. Tratamiento..... | 35 |
| 2.5. Estilos de vida de personas obesas..... | 37 |
| 2.5.1. Calidad de vida de las personas obesas..... | 37 |
| CAPÍTULO TRES. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD | |
| 3.1 Perspectivas con enfoque individual..... | 41 |
| 3.1.1. Creencias de la salud..... | 41 |
| 3.1.2. Teoría de la acción razonada y teoría del comportamiento previsto..... | 42 |
| 3.1.3. Modelo Transteórico..... | 43 |
| 3.1.4. Adopción a las precauciones..... | 44 |
| 3.2. Perspectivas interpersonales..... | 46 |
| 3.2.1. Teoría Cognitivo-Social..... | 46 |
| 3.2.2. Redes Sociales y Soporte Social..... | 48 |
| 3.2.3. Estrés, Afrontamiento y Conducta..... | 48 |
| 3.2.4. Influencia Social y Comunicación..... | 51 |
| 3.3. Intervención comunitaria..... | 52 |
| 3.3.1. Teoría de la difusión..... | 52 |
| 3.3.2. Teoría de cambio organizacional..... | 53 |
| 3.3.3. Teorías de la comunicación..... | 54 |
| 3.3.3.1 Marketing Social..... | 55 |
| 4. Metodología..... | 58 |
| Conclusiones..... | 66 |
| Glosario..... | 69 |
| Referencias Bibliográficas..... | 71 |
| Referencias Electrónicas..... | 76 |
| Anexos | |

RESUMEN

La obesidad se ha convertido en un problema de salud grave tanto a nivel nacional como internacional, llegando al grado de ser considerada por la Organización Mundial de Salud como una pandemia, por lo tanto es necesario abordar el problema desde una postura multidisciplinaria en la que diversos profesionistas de la salud aporten sus conocimientos para la atención y prevención integral de este padecimiento.

La obesidad es considerada como una enfermedad en la cual intervienen diversos factores entre los que se encuentran, factores biológicos (genéticos, endocrinos, metabólicos y enfermedades previas), factores ambientales (como el lugar en el que vive y costumbres) y factores psicológicos (emocionales y conductuales). Los factores biológicos determinan en la mayoría de las personas la vulnerabilidad de padecer obesidad, los factores ambientales están relacionados directamente con la conducta de las personas y los factores psicológicos están relacionados con los pensamientos, emociones y conductas que tiene la persona. Partiendo del entendido que a través de conductas de riesgo se aumenta la probabilidad de prevalencia en el padecimiento de la obesidad, el objetivo del presente trabajo es presentar una propuesta teórica-metodológica de intervención comunitaria, que permita prevenir la obesidad a través de la modificación de conductas de riesgo, teniendo en cuenta la manipulación de estímulos externos novedosos para la población blanco.

La presente propuesta consta de realizar una intervención comunitaria, teniendo una estrategia específica que consiste en el empleo del marketing social dado que se pueden manipular los estímulos externos que serán presentados a la población blanco que en este caso serán los mensajes publicitarios, con los cuales se pretende concientizar a la población sobre esta problemática de tal forma que los jóvenes sean capaces de identificar y modificar sus conductas de riesgo para prevenir la presencia de la obesidad. Dicha propuesta está dirigida a jóvenes universitarios de todas las carreras que se imparten en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

La realización de este trabajo constó de varias fases, de las cuales, la primera se dedicó a la evaluación con la cual se pretendía identificar el perfil de los estudiantes, asimismo se focalizó a la recopilación de información sobre el tema obesidad. En la segunda fase, se eligió la información que sería utilizada dentro de los mensajes. La tercera fase constó del

diseño del dibujo animado que se utilizaría dentro de los mensajes, con el cual los jóvenes se sintieran identificados, en este caso un puma.

Se espera que esta propuesta reciba el apoyo institucional necesario e indispensable para llevarse a cabo de manera inmediata y que el beneficio redunde de manera objetiva y clara en el mejoramiento de la conducta de prevención de la salud en los alumnos de la facultad y así mismo en su rendimiento académico.

INTRODUCCIÓN

Históricamente la salud ha sido un área de dominio médico, la Organización Mundial de la Salud la define como “...*el completo estado de bienestar físico, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*” (revisado el 20 de noviembre del 2009) http://www.who.int/topics/mental_health/es/; dado que la salud implica mucho más que la ausencia de la enfermedad, en la actualidad se acepta que en este objeto de estudio deban actuar otros profesionales como psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos y sociólogos; con el propósito de atacar desde diferentes perspectivas los problemas asociados con el deterioro de la salud. La psicología se ha vinculado con los problemas de la salud humana más allá del campo de la salud mental, apareciendo nuevas interdisciplinas, una de ellas es la psicología médica que se interesa por el estado psicológico de la persona enferma, asimismo representa un campo antecedente de la psicología aplicada a la salud; que se interesa por trabajar con individuos que padecen alguna enfermedad valiéndose de una perspectiva de intervención comunitaria con enfoque de prevención y/o intervención; por lo anterior la psicología aplicada a la salud como explica Ribes (1990) tiene que ser interdisciplinaria ubicando al usuario como un organismo que interactúa con su medio y que posee competencias para enfrentar diversas contingencias tanto físicas como socioculturales, regulando de esta manera la presencia o ausencia de la enfermedad.

Los cambios sociales, económicos y ambientales que van surgiendo con el paso del tiempo, han tenido un gran impacto en el proceso de salud-enfermedad de la población mexicana, el panorama epidemiológico del país es el resultado de cómo vive la población ya que en éste se reflejan los aciertos y problemas asociados al desarrollo de las sociedades en diversos campos como la educación, alimentación, factores hereditarios, estilos de vida, crecimiento demográfico, entre otros. Por lo anterior al patrón de enfermedades infecciosas y virales, se han agregado las enfermedades crónico degenerativas, que se definen como un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo (Avellaneda, 2007).

En la actualidad las enfermedades actuales se manifiestan en un índice ascendente de las llamadas enfermedades crónico degenerativas que anteriormente eran consideradas propias

de la población adulta; no obstante resulta alarmante que se han generalizando con mayor frecuencia en niños y jóvenes. Este perfil ha sido generado por lo cambios en el estilo de vida de las personas que han dejado de realizar algunos hábitos relacionados con la mejora de su salud como dormir de 7 a 8 horas diarias, no saltarse comidas, llevar a cabo una alimentación adecuada, mantener el peso corporal indicado, practicar alguna actividad física regularmente, beber moderadamente y no fumar, llamando a estas conductas inmunógenos conductuales; así mismo hay comportamientos peligrosos para la salud llamados patógenos conductuales que incrementan el riesgo del individuo a enfermar como fumar, tomar alcohol, malos hábitos alimenticios, sedentarismo, pocas horas de sueño, etc. (Matarazzo, 1995). Algunas de estas conductas de riesgo, particularmente las relacionadas con los estilos de alimentación, se relacionan con las enfermedades que afectan con mayor frecuencia a los jóvenes, una de estas son los trastornos alimenticios que se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo a su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera.

En este caso nos centraremos en el tema de la obesidad que afecta tanto a hombres como a mujeres y se define “*como un problema de desequilibrio de nutrientes, traducido en un mayor almacenamiento de alimentos en forma de grasa*” (Hernán, 2002. pp. 72). Hoy por hoy representa un grave problema de salud pública y un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares y metabólicas entre otras. Además de que repercute en diversas dimensiones del ser humano, especialmente en el aspecto biológico, psicológico y social; mermando la calidad de vida de las personas que la presentan. Sin embargo, se debe prestar atención a diversos factores que pueden ser detonantes, predisponentes e incluso pueden mantener a la persona en la obesidad.

La obesidad está asociada a un síndrome conformado por factores *etiopatogénicos* que actúan de diferente manera de persona a persona. Se han considerado la herencia genética, sedentarismo, comer excesivamente, disfunciones metabólicas pero se han descuidado los aspectos psicológicos que si no son tratados pueden afectar la calidad de vida hasta obstruir la adherencia al tratamiento.

De esta forma la obesidad no solo trae consigo una serie de enfermedades como cardiopatías o diabetes sino que a su vez las personas que la desarrollan son estigmatizadas

por una sociedad “obeso-fóbica”. Sumado a esto, el seguimiento de dietas estrictas, ciclos de pérdida y recuperación de peso hacen al paciente obeso sentirse vulnerable, avergonzado, culpable, así como criticado por su familia y compañeros de trabajo; logrando así que la persona con obesidad desarrolle alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad, baja autoestima, etc., que a su vez pueden traer consecuencias en las relaciones interpersonales. Alustiza y Aranzeta. (2004. pp.194) mencionan que el tratamiento psicológico más utilizado en la atención de este problema es el cognitivo-conductual, que está basado en el principio de que *“el acto de comer así como la elección de los alimentos responden a estímulos y circunstancias externas que pueden ser modificadas una vez que son identificadas...”* Este tratamiento tiene el fin de proporcionar al usuario una mejor calidad de vida en sus tres dimensiones biomédica, sociocultural y psicológica.

Este trastorno de alimentación ha alcanzado cifras verdaderamente alarmantes tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo afectando a adultos, jóvenes y niños. La Secretaría de Salud (2006) publicó que en México el 39% de la población adulta sufre de sobrepeso y 30% de obesidad. Este incremento justifica la importancia de realizar acciones para prevenir el desarrollo de la obesidad, es por esto que en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), se aplicó un Examen Médico Automatizado EMA a los estudiantes de nuevo ingreso para evaluar y detectar la presencia de obesidad así como el probable desarrollo de ésta; ya que nos resulta alarmante que pueda afectar el proceso académico y la calidad de vida de quienes presentan obesidad. Además de que las carreras que se imparten en esta institución están orientadas a la formación de futuros profesionales de la salud, por lo que se considera que es necesario que los jóvenes universitarios culminen sus estudios exitosamente, en condiciones óptimas de salud y calidad de vida para que ofrezcan un mejor servicio a la población mexicana.

En este examen se encontró que de una muestra de 2350 jóvenes universitarios aproximadamente el 40% de éstos presenta obesidad; por lo tanto el presente reporte de investigación propone una metodología de intervención comunitaria dirigida a la promoción de la salud, modificación de estilos de vida y prevención de enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico, específicamente, la obesidad.

Por este motivo en el presente reporte de investigación, en el primer capítulo se realiza una breve descripción de los antecedentes de la psicología aplicada a la salud, su definición, las funciones del psicólogo en el proceso de salud-enfermedad y el perfil epidemiológico en México; asimismo se abordarán aspectos relacionados con las enfermedades crónicas-degenerativas y sus problemas físicos y emocionales que están asociados a ellas.

En el segundo capítulo se citan algunas definiciones del concepto de obesidad, tipos y factores relacionados con esta enfermedad desde la perspectiva médica, así como su diagnóstico, tratamiento y algunas enfermedades o condiciones patológicas que están asociadas a la obesidad. Desde la perspectiva psicológica se abordarán aspectos socioculturales, tratamiento y evaluación de la obesidad, algunas teorías de la etiología, y por último se mencionará el tema del estilo y calidad de vida de personas con obesidad.

A lo largo del capítulo tres se abordarán una serie de perspectivas de la conducta humana en relación con la salud en tres diferentes niveles: individuo, relación individuo-ambiente y por último el nivel comunitario. Posteriormente, en el capítulo cuatro se propondrá una estrategia mediante la cual se pretende modificar los patrones de alimentación de los estudiantes detectados con obesidad o con riesgo de adquirirla; mediante una metodología de marketing social que se divide en tres fases: información, activación y canalización. Finalmente hay un apartado dedicado a las conclusiones del reporte de investigación.

CAPÍTULO UNO

PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La psicología aplicada en el ámbito de la salud, constituye un fenómeno vital humano que está en permanente cambio en función de factores orgánicos, ambientales y psicosociales; incluso la conducta y el ambiente social son determinantes para el proceso de salud-enfermedad. Aunque el desarrollo económico y social de los individuos ha ido progresando gracias al impulso de la tecnología y la investigación, también se han impuesto condiciones negativas en el orden psicosocial como lo son: conductas de riesgo para la salud, consumo de sustancias tóxicas, estrés y deterioro ambiental; aspectos que coexisten con el avance de la sociedad.

En el presente capítulo se realizará una breve descripción de los antecedentes de la psicología aplicada en el ámbito de la salud, su definición, las funciones del psicólogo en el proceso salud-enfermedad y el perfil epidemiológico en México; por último se abordarán aspectos relacionados con las enfermedades crónicas-degenerativas así como los problemas físicos y emocionales asociados con éstas. Es importante tocar estos temas, ya que dan pie a entender algunos de los aspectos que se tratarán en los siguientes capítulos, que tienen el propósito de enfocar a la obesidad no solo desde un punto de vista médico sino también psicológico, para conocer los factores que propician que los jóvenes universitarios, futuros impulsores de la salud, pongan en riesgo su bienestar.

1.1. Antecedentes

Cuando se habla de salud o enfermedad, se piensa que es un objeto de estudio competente exclusivamente a la medicina, especialmente si se enfoca desde la perspectiva tradicional, donde “enfermedad”, es un poder sobrenatural que ataca y deteriora al organismo (Reynoso-Erazo y Seligson, 2000).

Haciendo un recuento histórico, recordaremos que desde los primeros curanderos o brujos, que poseían el saber para sanar, se sustentaba a la enfermedad como un poder demoníaco que se apropiaba de los individuos, por lo que la función de los brujos o curanderos era de alejar a los malos espíritus. Posteriormente, el saber médico pasó a ser propiedad de los clérigos hasta el Siglo XV, pero conservando aún vigente el modelo demoníaco, sólo que ahora ofrecían una alternativa terapéutica, la comunión. Después del Siglo XVI, la medicina inició su etapa pre-científica, de ésta forma fue adquiriendo sustento, aunque se encontraba dividida en: cirujanos (los barberos, quienes fungían también como dentistas), los “médicos” y los brujos (Reynoso-Erazo y Seligson, 2000). Durante el Siglo XIX la medicina y sus practicantes, adquirieron una connotación científica, por lo que la clínica reafirmó su superioridad e hizo desaparecer a los antiguos practicantes, cediendo el espacio al médico.

Al igual que la medicina, la psicología encontró un sustento científico en la misma época, vale la pena señalar nombres como Weber, Fechner, Helmholtz, Wundt, Breuer y Freud quienes realizaron trabajos médicos, centrados en la fisiología de los receptores, para abrir el campo de la Psicología a través de la percepción (Reynoso-Erazo y Seligson, 2000). Por su parte la Psicología siempre se ha interesado por las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales de la salud, algunos de los antecesores importantes de la moderna psicología aplicada a la salud son la Medicina Psicosomática, Psicología Médica y la Medicina Conductual (Kazdin, 1983).

El primer antecedente que retomaremos será la Medicina Psicosomática, un término acuñado en 1918 en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos, en primer lugar por el desarrollo del psicoanálisis, y en segundo lugar por el surgimiento de conceptos holísticos como el de psicobiología de Meyer, que proponía que el ser humano debía ser estudiado en su totalidad, tanto en la salud como en la enfermedad, mediante la integración del cuerpo y mente (León y et. al. 2004). La medicina psicosomática se desarrolló con base en la creencia de que los factores psicológicos y sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, surgió para dar respuesta a las afecciones que no tenían cabida dentro del modelo médico tradicional.

El segundo antecedente es la Psicología Médica que se interesa por la situación psicológica de la persona enferma, en donde el papel de la psicología queda relegado al estudio de las secuelas psicológicas de algunas enfermedades físicas o intervenciones médicas, con esto se acepta el análisis de la enfermedad en términos psicológicos o psicosomáticos (Oblitas, 2004).

Esta orientación propone el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar la dimensión psicológica de la persona enferma, tales como sus creencias acerca de la salud, el locus de control, el estilo de afrontamiento, y las situaciones afectivas que se viven en esta condición. También se plantea problemas de otra índole, tales como el del cumplimiento del tratamiento, el de la preparación para intervenciones médicas, el de los aspectos psicológicos de la hospitalización, y el de las repercusiones de la relación terapeuta-paciente (Flores, 2004).

Finalmente la Medicina Comportamental, término propuesto por Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Se refiere al uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas (Flores, 2004). Entre los años 1970 y 1980, la Medicina del Comportamiento se insertó como disciplina y profesión dentro del sector salud, el nombre con el que se denominó a la acción de los profesionales era utilizado de forma indistinta para designar aplicaciones de la

teoría y la metodología psicológica en el ámbito no sólo de la conducta disfuncional sino también de la salud física; hoy en día la delimitación disciplinaria y conceptual es un hecho.

Oblitas (2004), incorpora a la definición de la medicina del comportamiento dos aspectos a) *“el uso clínico de las técnicas derivadas del análisis experimental del comportamiento, terapia del comportamiento y modificación de la conducta, para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de las enfermedades físicas o disfuncionales fisiológicas”* y b) *“la investigación comportamental dirigida al análisis funcional y comprensión de la conducta asociada (ya no se trata de rasgos o estructuras de personalidad) con los trastornos médicos y problemas de salud.”* (p.55). La Medicina del Comportamiento está amalgamada con elementos provenientes de distintas disciplinas, entre ellas la psicología, que puede colaborar en la programación y el cuidado de la salud y en la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Se considera como un campo interdisciplinar que integra los conocimientos relevantes para la salud y la enfermedad aportados por distintas disciplinas sociales y biomédicas.

Es así como surge el nuevo campo, la Psicología aplicada a la Salud, que puede ser entendida como la integración de aquellas aplicaciones de la psicología al campo de la salud, que comparten la idea de que la salud es una variable influyente. Dentro de la psicología aplicada a la salud, existen diversas razones que la justifican, entre ellas están; las *razones teóricas* ya que la evolución de la concepción de la salud pretende integrar factores biológicos, psicológicos y sociales reconociendo una etiología multifactorial, es decir, la necesidad de una colaboración intersectorial e interdisciplinaria para resolver los problemas de la salud. Las *razones epidemiológicas*, en la actualidad las enfermedades más relevantes, tanto por la incidencia como por la mortalidad son de tipo crónico en contraste con las enfermedades agudas e infecciosas; el origen de las enfermedades crónicas se encuentra relacionado con factores sociales y psicológicos, las demandas de la vida cotidiana y los comportamientos asociados a los estilos de vida. Finalmente las *razones prácticas*, las demandas de enfermedades crónicas obligan a los servicios de salud a orientar un tratamiento hacia la prevención y rehabilitación de las mismas (Oblitas, 2004).

Tanto la Psicología aplicada a la Salud como la Medicina Comportamental, son disciplinas que aparecieron en el comienzo de los años de 1980 persiguiendo fundamentalmente dos objetivos (Fernández, 1993 pp.124): *“Desarrollar la integración de los principios básicos de las ciencias de la conducta y las biomédicas y la investigación interdisciplinar. Promover la incorporación de los principios, conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta en el sistema de atención a la salud.”*. Ambas pretenden explicar las enfermedades, mejorarlas y preferiblemente prevenirlas considerando la salud como un proceso integral biológico, psicológico y social.

1.2. Definición de salud

A través de nuestro comportamiento, interactuamos con el entorno, este comportamiento está en función de variables personales y ambientales, las cuales median la interacción y se condicionan entre sí. La salud es al mismo tiempo un estado y un proceso cambiante, ya que continuamente sufrimos alteraciones de carácter físico y psicológico así como en las relaciones interpersonales; situación que supone permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos, como los pensamientos.

En los últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo de salud actual reconoce la complejidad de estos constructos, ya que acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos; este paradigma señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende de nuestros hábitos de vida (León y et. al., 2004). El objetivo de esta concepción es incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psico-biológico y, a la vez, hacer más lento el envejecimiento biológico.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “...*el completo estado de bienestar físico, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*” (revisado el 20 de noviembre del 2009 en http://www.who.int/topics/mental_health/es/); también puede considerarse un proceso dinámico de adaptación a los cambios tanto biológicos como psicológicos y sociales, situando así al ser humano como un ente pensante que evalúa y actúa para afrontar las demandas que perciba, ya sean internas o externas. Tradicionalmente los problemas de salud han sido manejados por el personal médico, partiendo de la idea de que al curar la enfermedad se devolvería la salud; sin embargo, en tanto que la salud implica mucho más que la ausencia de enfermedad, en la actualidad actúan otros profesionales (psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, entre otros), con el propósito de atacar los problemas de salud desde diferentes perspectivas.

1.3. Definición de Psicología aplicada a la Salud

La Psicología aplicada a la Salud, surgió a partir de una perspectiva sistémica integrativa, con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas. Joseph Matarazzo, utilizó el término de psicología de la salud para referirse al “*conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias*”(en León y et. al.,2004 p.15).

La salud de un individuo no puede dissociarse de los efectos que tienen sobre él diversos agentes físicos, biológicos y químicos; la condición para ajustar su funcionamiento biológico a los agentes depende de las circunstancias en que él se desenvuelve. Esta interrelación entre las condiciones ambientales que propician bienestar y la acción de agentes fisicoquímicos y biológicos sobre el estado del organismo, se da mediante la práctica social de los individuos (Ribes, 1990).

La psicología aplicada al ámbito de la salud, nace como una respuesta al reto que supone una crisis en los servicios de salud y pone de manifiesto tanto el agotamiento del modelo biomédico como las necesidades de una nueva concepción de salud, más acorde con los datos epidemiológicos y los avances en las ciencias sociales y del comportamiento; ya que el estilo de vida prevaleciente en un contexto sociocultural establecido, juega un papel fundamental en la determinación del continuo salud-enfermedad (Oblitas, 2004).

1.3.1. Objetivos de la Psicología aplicada a la Salud

Se pueden señalar dos diferentes objetivos: El primero, encaminado a elaborar un marco teórico para a) *“facilitar la evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad”*, b) *“predecir conductas protectoras y de riesgo para la salud”* y c) *“comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación de la misma.”* (Rubio, 2004 p.47). El otro objetivo es poner en práctica el marco teórico para a) *“la promoción de estilos de vida saludables y prevenir enfermedades”*, b) *“el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente”* y c) *“la mejora de los servicios de salud.”* (Oblitas, 2004. p.47).

En la elaboración del marco teórico, es muy útil separar las conductas en función de los efectos que tienen sobre la salud, ya que así se pueden distinguir las conductas que hacen al individuo vulnerable a la enfermedad, así como también las conductas que pueden ser consideradas como preventivas, reduciendo el riesgo de que la persona enferme.

Algunas personas han modificado su estilo de vida y han dejado de realizar hábitos relacionados con la mejora de la salud como son: dormir 7 u 8 horas, desayunar diariamente, mantenerse en un peso adecuado a la altura, no fumar, tomar moderadamente o no tomar alcohol y practicar actividad física regular. La importancia de estas conductas ha trascendido tanto que en la literatura se les distingue como Inmunógenos Conductuales; así mismo hay comportamientos peligrosos para la salud llamados Patógenos Conductuales que son conductas que incrementan el riesgo del individuo a enfermar, por ejemplo: tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, estilos de alimentación inadecuados, entre otros (Matarazzo, 1995).

1.4. Definición y funciones del psicólogo orientado al campo de la salud

El Psicólogo orientado al campo de la salud para Buela-Casal (1999, en Werner, 2002), es un profesional que puede trabajar en diversos ámbitos como el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos, incluso en la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos y, por consecuencia, en la promoción de conductas saludables. Por su parte, Bock y Aguilar (1995, en Werner, 2002) indican que el psicólogo es un profesional que debe trabajar en la promoción de la salud, superando la práctica de prevención.

La *American Psychological Association (APA)* destaca como atribuciones del Psicólogo orientado a la Salud las siguientes (Werner, 2002):

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
3. La investigación, la comprensión y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Por lo anterior, es indiscutible la aportación del psicólogo como profesional, al igual que la contribución de la Psicología como ciencia que se involucra con individuos, comunidades y sociedades que buscan un estado de bienestar integral.

Las funciones del psicólogo son variadas; esta variedad se agrupa en diferentes actividades profesionales sin limitarse a la intervención o rehabilitación, algunos ejemplos al respecto pueden ser (Rodríguez, 2002):

- **Detección:** Permite identificar estilos de conducta relacionados con la salud, recursos ambientales, capacidades y necesidades vinculadas al comportamiento individual.
- **Planeación y prevención:** Se refiere al diseño de planes y la aplicación de estrategias para evitar la aparición o agudización de cierto tipo de problemas sociales, pero manejados en el plano individual.
- **Desarrollo:** Entrenamiento de capacidades y competencias para el cuidado y la prevención de la salud.

- **Investigación:** Se tiene como objetivo redundar en la eficiencia del comportamiento básico; investigación en competencias, estilos interactivos, conductas de riesgo y prevención.
- **Intervención:** Se vincula con el uso de técnicas y procedimientos para la solución de problemas concretos ya existentes.

Con respecto a los sectores sociales en donde la psicología puede hacer su labor institucional y multidisciplinariamente son: ecología y vivienda, producción y consumo educación, salud pública, y desarrollo social. Para que la psicología sea aplicable se requiere de un modelo teórico que brinde el conocimiento que se va a aplicar; partiendo de éste modelo, del modelo de aplicación tecnológica y de metodologías que permitan llevar a cabo los objetivos que se mencionaron, las funciones profesionales del psicólogo no son distintas en los diferentes sectores de incidencia profesional (Rodríguez, 2002).

Generalmente se concibe al psicólogo orientado a la salud, independiente del sector en donde labora, con una función de rehabilitación, es decir, de solución de problemas.

1.5. Perfil epidemiológico actual en México

La epidemiología surgió del estudio de las enfermedades infecciosas, su incidencia y prevalencia; así como del interés por analizar fenómenos que se han relacionado con cambios tanto económicos como sociales que han tenido un gran impacto sobre la salud-enfermedad de la población mexicana. El panorama epidemiológico del país, es el resultado de cómo vive la población; refleja los aciertos y los problemas asociados al desarrollo de las sociedades en campos tan diversos como la educación, las vías de comunicación, la alimentación, el crecimiento demográfico, la contaminación del aire, el agua y la tierra, los métodos de producción, los factores psíquicos –que se traducen en un desajuste familiar o individual–, las confrontaciones violentas, la potencia implacable de la naturaleza, nuestros estilos de vida, los factores genéticos y la afectación de éstos por factores ambientales que producen cambios bioquímicos en el hombre (Borja- Aburto, 1999).

En la actualidad la epidemiología es considerada como la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad en poblaciones humanas, es decir, se ocupa de describir la distribución de la enfermedad en términos de persona, lugares y tiempo en el que ocurre. Además, estudia los factores causales o de riesgo para éstas; es también considerada como una ciencia básica de la medicina preventiva y una fuente de información para la formulación de políticas de salud pública. Esta disciplina se enfoca en el estudio de la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad, ya que se considera que las enfermedades no se producen de forma aleatoria; tienen causas y muchas de ellas son sociales, las cuales pueden ser evitadas (Parra y et. al.1999).

Kuri (2007), señala que a cada sociedad le corresponde un perfil específico de salud, el cual debe tener relación con la forma en que está organizada su economía, su estructura demográfica así como su capacidad técnica para la atención médica de las enfermedades. Menciona que México se encuentra en una transición epidemiológica y demográfica por lo que se observa en fase de cambio en su perfil de salud.

Dentro de este proceso se encuentra la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países desarrollados, por lo que en los últimos años se ha observado en México un incremento alarmante de padecimientos crónicos degenerativos, como lo son: enfermedades del corazón, enfermedad cerebro-vascular, diabetes mellitus, entre otras.

La población de México, como la de cualquier lugar del mundo, ha mostrado gran dinamismo, ya sea natural (el número de nacimientos y muertes) o social (debido a las migraciones internas e internacionales). El resultado de ello ha sido un crecimiento generalizado. También los factores políticos, económicos y científicos pueden afectar a la población.

Según García (2002), el comportamiento de la población se mide por cinco variables principales: fecundidad, esperanza de vida, mortalidad, ritmo de crecimiento y migraciones.

Fecundidad.- Es el número promedio de hijos de las familias. En el caso de México, durante las primeras décadas del siglo XX fue de siete, hacia los años sesenta el número de hijos comenzó a descender; en la actualidad el promedio es de 2.3 hijos por mujer en edad fértil.

Esperanza de vida.- Se calcula que durante las primeras cuatro décadas del siglo XX, los mexicanos tenían una esperanza de vida de 41.5 años en promedio. En los últimos cincuenta años las estadísticas se han incrementado, en 1960 se estimaba en 60 años y para 1995, la longevidad promedio llegó a los 72 años. Para el año 2000 la esperanza de vida para los hombres es de 73.1 y para las mujeres de 77.6 años. Esto se debe en gran parte a los avances en la urbanidad y medidas sanitarias. También gracias a los tratamientos médicos contra las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Mortalidad. En 1950 se calculaba que por cada mil nacimientos fallecían 132 niños al año. En la actualidad la relación de infantes que mueren durante el año es de 38 por cada mil. Las fuentes principales que se emplean para obtener la mortalidad de la población son los registros civiles, los censos de población y las encuestas demográficas.

Migraciones. Es una forma de movilidad territorial de la población y es uno de los factores más importantes para el estudio de la estructura y distribución de la población. Los movimientos migratorios internacionales han influido poco en el incremento demográfico,

ya que en nuestro país son más las personas que emigran que las que ingresan al territorio nacional. Durante el período 1992-1997, alrededor de dos millones de personas emigraron a los Estados Unidos.

Ritmo de crecimiento. A principios del siglo XX la población mexicana contaba con 13.6 millones de habitantes. Durante las primeras décadas del siglo XX, en el período revolucionario, la tasa de crecimiento disminuyó de manera notable; de 1900 a 1930 se incrementó la población sólo con tres millones de personas. En el período post-revolucionario la población aumentó, principalmente, por el descenso de la mortalidad. Hacia mediados de siglo, la población mexicana era de 25.8 millones. Ya para el año de 1980 había un total de 66.8 millones de personas y en el 2000 aumento a 97.5 millones (<http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/habitantes.aspx> (Revisado el 24 septiembre del 2009)).

Estructura de la Población por edad y sexo. La población se compone de tres grandes segmentos, según los grupos de edad: niños (desde recién nacidos hasta 14 años); adultos (de 15 a 59 años) y ancianos (de 60 en adelante). De la proporción que guarda cada uno de estos grupos depende tanto el desarrollo demográfico futuro como el potencial de la fuerza productiva.

México ha sido una sociedad constituida esencialmente por niños y jóvenes. A partir de los ochenta inició un proceso notorio de “envejecimiento” de la población. Esto se aprecia en particular en las localidades más grandes del país, como el Distrito Federal. Aunque en estados como Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Veracruz todavía dominan los jóvenes y niños.

En la actualidad existen 95 hombres por cada 100 mujeres. Un factor importante es que la esperanza de vida de las mujeres es mayor; de hecho, nacen más niños que niñas, es por ello que de 0 a 14 años la proporción de hombres es mayor, pero a partir de los 15 años el porcentaje de las mujeres aumenta (recuperado el día 16 de septiembre del 2009 <http://www.dgepi.salud.gob.mx/>).

El perfil epidemiológico de la población mundial ha experimentado cambios en relación con las enfermedades infectocontagiosas; ya que en los países desarrollados se ha incrementado la esperanza de vida de la población, sin embargo, predominan las enfermedades crónico-degenerativas que son causantes de enfermedad y después de un largo proceso, la muerte; en comparación, en los países en vías de desarrollo existen problemas de desnutrición, violencia, enfermedades crónico-degenerativas e infectocontagiosas, afectando las primeras a la población adulta y las segundas a la población infantil; sin embargo, en la actualidad las enfermedades crónico-degenerativas están afectando a edades cada vez más tempranas.

1.5.1. Enfermedades crónico-degenerativas en México

En un principio uno de los mayores retos de la medicina fue el curar las enfermedades infecciosas, que eran la causa principal de muerte. Con el paso del tiempo y a través de investigaciones científicas, el reto de la medicina ha cambiado ya que al tener un control respecto a las enfermedades infecciosas y entendiendo sus mecanismos se ha alargado la esperanza de vida de muchas personas; sin embargo esto aún no se generaliza a toda la población, ya que las enfermedades infecciosas siguen siendo un problema para los países de tercer mundo donde persisten como un reto a vencer. Por otro lado, en los países desarrollados la situación es distinta ya que los cambios en los patrones de consumo y hábitos de vida en la población, han llevado a desarrollar un incremento de factores de riesgo para la salud, algunos de ellos son: dietas ricas en grasas, inactividad física así como la exposición constante a situaciones estresantes, dando origen a las enfermedades crónicas, que actualmente son las principales causas de muerte.

Las enfermedades crónicas son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vida poco apropiados, sin embargo, es importante no dejar a un lado la existencia de factores genéticos que pueden hacer al individuo vulnerable al padecimiento de alguna de ellas. Según Piedrola (1991) las enfermedades crónicas tienen características específicas entre las que destacan:

- a) Tienen una larga duración, con periodos de remisión y recaídas.
- b) Son producidas por factores complejos, por lo que interviene una multicausalidad y se observa que un mismo factor puede producir varias enfermedades.
- c) Este tipo de enfermedades toman un periodo de tiempo prolongado para su desarrollo.
- d) Tienden a la destrucción progresiva de los tejidos
- e) Interfieren con la incapacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima.
- f) Algunas de las enfermedades crónicas pueden prevenirse.

Como se mencionó, la salud no solo es dependiente de la vulnerabilidad biológica o fisiológica sino también se ve influenciada por factores psicológicos o del entorno donde se desarrolla la persona.

Barquin (2002), considera que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que en la actualidad un gran número de personas desarrollará algún tipo de discapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte.

La mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen. Una de los principales cambios y quizás el que genera una gran deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido durante el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas como miedo, ira, ansiedad (Gil-Roales, 2004).

Dentro de las enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades neoplásicas (tumores), la mayor parte de estos cuadros son graves y constituyen una amenaza para la vida; representan también un problema significativo para la medicina y la psicología aplicada a la salud, ya que no sólo afectan a la persona que padece la enfermedad, sino también a los familiares y amigos. Asimismo, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma y afectar las relaciones con los miembros tanto de la familia como amigos (Brannon y Feist, 2001).

En la etapa crítica de la enfermedad crónica se identifican una serie de reacciones comunes, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable, una autoimagen positiva, preservación de las relaciones familiares y sociales, así como la preparación para el futuro. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento, la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias, otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar (Vinaccia, 2005).

Las enfermedades crónicas, que anteriormente eran consideradas únicamente para personas mayores, han venido ganando terreno en la salud de personas jóvenes y niños, lo cual resulta alarmante. Durante los 10 años anteriores al 2006, dentro de las primeras diez causas de muerte en jóvenes de 15 a 29 años, se encuentran las enfermedades crónicas, de acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, durante el año del 2006, se encuentran: tumores malignos (8.1), enfermedad por el virus de la Inmunodeficiencia humana (3.9), Enfermedades del corazón (3.8), Insuficiencia renal (2.8), Enfermedades del hígado (2.1) y Diabetes Mellitus (1.7) (recuperado en día 18 de julio del 2008, <http://www.inegi.gob.mx>).

En países en desarrollo como México, la transición epidemiológica de las enfermedades crónicas ha venido a generar un doble problema de salud pública. Por un lado el insuficiente control sobre las enfermedades transmisibles o infecciosas, la desnutrición; y por el otro lado, el incremento de enfermedades crónicas.

1.6. Problemas físicos y emocionales asociados a las enfermedades crónicas

En la actualidad diversas disciplinas se han interesado en los factores psicológicos relacionados con la salud; entre ellas están: la medicina conductual, la psicología de la

salud, la epidemiología conductual entre otras. Dichas disciplinas suponen que las emociones desempeñan un papel importante dentro del desarrollo de la enfermedad. Han sido diversos los enfoques teóricos que tratan de explicar la participación del comportamiento en el origen y desarrollo de las enfermedades. En la actualidad un gran número de análisis psicológicos de la salud se hacen desde una aproximación cognoscitiva.

El enfoque cognoscitivo tiene como premisa principal que cada persona construye su propia realidad, de la interpretación que hace sobre su realidad se deriva algún tipo de emoción y la conducta que ocurrirá en consecuencia. Es decir, el significado determina la respuesta emocional a una situación y ésta a su vez a la conducta observable. Uno de los rasgos distintivos de esta teoría es que realiza un análisis de la racionalidad de las emociones. El supuesto básico es que lo racional de una emoción está vinculado con la creencia de la que proviene. La emoción puede ser irracional para una situación particular, pero sólo lo es porque se tienen creencias erróneas o injustificadas sobre la situación (Calhoun y Solomon, 1989).

Este enfoque plantea que las creencias positivas producen emociones "positivas", ya que en otro extremo se ubican las emociones "negativas". Se dice que los efectos de las segundas son devastadores para el funcionamiento orgánico, o que la ausencia de una emoción positiva deteriora el resultado de un tratamiento médico. Las emociones positivas están asociadas con cierta inmunidad a la enfermedad física y con las recuperaciones rápidas y sin complicaciones. En el lado opuesto existe un efecto de las emociones negativas sobre la aparición y desenlace de una enfermedad. (Coleman, Butchuer y Carson, 1988). En el terreno de la salud se enfatiza el papel de las emociones negativas como la ansiedad, el estrés y la ira, que se conciben como factores de riesgo desencadenantes de la enfermedad.

Sin olvidar que el marco teórico utilizado en este trabajo es el cognitivo-conductual, haremos una mención breve de la percepción psicodinámica sobre la relación entre emociones y salud.

Desde la perspectiva psicodinámica la enfermedad es concebida como una pérdida, concepción que hace pensar que todas las personas enfermas perciben a la enfermedad como un acontecimiento doloroso y perturbante. Las emociones más frecuentes después de que una persona es diagnosticada con una enfermedad, son similares a las emociones vividas durante un duelo; a) negación, b) enojo, c) desesperación y/o negociación, d) depresión y e) aceptación de su realidad (Robles, 2004).

Negación

Calhoun y Solomon (1989) consideran a la negación como una primera etapa de todo un proceso. Se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anesthesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardiaco, náuseas o temblor.

La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifiesta por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. Entre las conductas más comunes que suelen presentar los pacientes en esta primera etapa se encuentran; la búsqueda de una segunda opinión médica, no hablar del tema, ocultar o ignorar el problema.

Enojo

El enojo podría considerarse como el primer paso a la aceptación de la enfermedad, sin embargo, el hecho de que comience a aceptarla no significa que tome un papel pasivo ante ella. Durante esta etapa se presentan los reproches, el paciente puede considerar su enfermedad como algo injusto para él (Robles, 2004).

Depresión

La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza básicamente por alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos y que tiene como consecuencia la disminución de la actividad vital, es decir, le impide desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria. Romero (2007) considera una sintomatología particular en el caso de la depresión:

- 1) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- 2) Aumento o disminución de peso/apetito.
- 3) Insomnio o hipersomnio.
- 4) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 5) Fatiga o pérdida de energía.
- 6) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- 7) Problemas de concentración o toma de decisiones.
- 8) Ideas recurrentes de muerte o suicidio.

Aceptación

Esta es considerada como la última etapa donde el individuo admite tener la enfermedad y hay una reconciliación con su realidad. Cuando el individuo llega a esta etapa se considera que el “duelo” está resuelto, de no llegar a esta etapa el “duelo” es considerado inconcluso además de que por consecuencia el individuo difícilmente presentará una adherencia terapéutica y una calidad de vida aceptable (Robles, 2004).

Este tipo de emociones pueden ser asociadas a las enfermedades crónicas, una gran mayoría de pacientes suelen presentarlas, sin embargo, hay que recalcar que tiene una ocurrencia temporal durante su aparición, es decir, estas emociones pueden presentarse en el momento en que ha sido diagnosticado con una enfermedad crónica o durante el tratamiento.

1.7. Dimensión psicológica de la salud

En los últimos años se ha observado un creciente interés por vincular a la psicología con los problemas de la salud humana, han aparecido nuevas interdisciplinas como la psicología de la salud, la medicina conductual, etc. que pretenden destacar el comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud.

Ribes (1990) explica que la psicología aplicada a la salud tiene que ser interdisciplinaria y que el proceso de salud-enfermedad puede verse desde tres dimensiones de la salud: biomédica, sociocultural y psicológica. La dimensión *biomédica* que se refiere a la salud en términos de enfermedad, la *sociocultural* hace referencia a la influencia del contexto en el que se desenvuelve el individuo y el *psicológico* estudia al individuo actuando. La dimensión biomédica de la salud como carencia de enfermedad, se refiere a las condiciones propias del organismo y de los distintos sistemas que lo integran como médicos, nutriólogos, enfermeras, etc. El modelo sociocultural de la salud se refiere a la correlación entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida como costumbres y hábitos que están determinadas por un medio físico y prácticas socioculturales que son responsables de las alteraciones biológicas; algunos sistemas que lo integran son la sociología, antropología, etc.

Finalmente, el modelo psicológico que hace referencia a la conducta del individuo ya que éste concibe a la enfermedad como un problema, entendiéndolo como la discrepancia entre lo que la persona tiene y lo que quiere tener (Ribes, 1990). Asimismo, ubica al sujeto como un organismo que interactúa con su medio y que posee competencias para hacer frente a diferentes contingencias físicas y socioculturales, regulando así tanto la presencia como la ausencia de enfermedades, ya que “...*la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implica la participación del individuo actuando.*” (p.20), es así como está conformada la dimensión psicológica de la salud y puede disgregarse en tres factores fundamentales 1) “*la forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto con las variables funcionales del medio ambiente,* 2) *las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud y* 3) *las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.*” (Ribes, 1990 p. 20). Estos factores involucran diversas funciones psicológicas, “*el hacer o no hacer las cosas, el hacerlas de cierta manera o en distintas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la ausencia o presencia de la enfermedad.*” (Ribes, 1990 p. 20).

El proceso psicológico adecuado al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de tres factores: “*a) la historia interactiva del*

individuo, b) las competencias funcionales que interactúan con una situación determinada y c) la modulación de los estados biológicos del organismo” (Ribes, 1990, pp. 23-24).

La historia interactiva del individuo puede definirse como el comportamiento en el pasado de un individuo respecto a situaciones y las relaciones entre éstas, puede examinarse en dos dimensiones: los estilos interactivos que tienen que ver con la personalidad del individuo y la disponibilidad de competencias funcionales que puede denominarse como la capacidad conductual del individuo; las competencias funcionales se refieren a las capacidades de un individuo para crear un conjunto de habilidades para lograr efectividad ante algunas situaciones; y finalmente la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación. Este proceso psicológico de la salud tiene dos niveles *a) grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad que se entiende como la “interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica.” y b) conductas instrumentales “consisten en acciones de los individuos que directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad.” (Ribes, 1990 p. 30-31).*

Un sistema eficaz de salud biológica, implica que el individuo tenga estrategias y recursos prácticos que son necesarios para disminuir los factores ambientales que inciden en un aumento de vulnerabilidad biológica; estas estrategias se refieren a adiestrar al individuo en el uso apropiado de los recursos de su medio, las transformaciones del medio y la evitación de agentes patógenos; asimismo capacitarlos en las formas de interacción con las contingencias de su vida cotidiana, de este modo resultarán efectivas la modulación de las reacciones biológicas que no afecten negativamente al individuo.

El presente capítulo nos sirve como base para comprender y entender cuáles fueron los antecedentes de la psicología aplicada al ámbito de la salud, así como su definición, objetivos y funciones tanto de la psicología aplicada a la salud como de los profesionales que la practican, esto con la finalidad de dar pie al proyecto de investigación y de esta manera obtener los conocimientos básicos que sustentarán dicho proyecto. Asimismo se aborda el perfil epidemiológico de la actualidad en México que ha aumentado hacia las enfermedades crónicas degenerativas tanto en niños como en jóvenes y que no solo atañe el aspecto biológico o fisiológico sino que también se encuentran inmiscuidos factores psicológicos o del entorno en donde la persona se desarrolla. Por lo tanto en este o reporte de investigación el tema central que se pretende abordar son las enfermedades crónicas degenerativas, en especial la obesidad que se presenta en los jóvenes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala FESI.

CAPÍTULO DOS

OBESIDAD: UNA ENFERMEDAD CRÓNICA CON REPERCUSIÓN SOCIAL

Uno de los principales retos a los que el sistema mexicano de salud se enfrenta, es el sobrepeso de la población y su expresión extrema, la obesidad. Estudios recientes revelan que la mitad de la población mexicana presenta sobrepeso u obesidad. Fausto, Valdez, Aldrate y López (2006), consideran que esto es debido a las transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales, así como a factores asociados a la adopción de estilos de vida poco saludables y a los acelerados procesos de urbanización.

La Secretaría de Salud (2006), publicó que las cifras más recientes muestran que 39% de la población adulta sufre de sobrepeso y otro 30% de obesidad. La obesidad se asocia a varias de las principales causas de muerte en el país; como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, y cáncer de mama, entre otras. Debido a su asociación con todos estos efectos negativos, la obesidad se relaciona a casi 50,000 muertes anuales, constituyéndose en el principal riesgo de muerte prematura en la población mexicana. La solución a este problema no es sencilla ya que se requiere modificar aspectos culturales que están fuertemente arraigados en la sociedad, como los hábitos alimentarios y la vida sedentaria. Este problema ha alcanzado una gran magnitud, ya que se puede clasificar a la obesidad en México como una pandemia, la cual requiere de acciones inmediatas; como ejemplo, se sugiere la promoción de actividad física y la restricción en el consumo de alimentos que contengan una calidad nutricional inadecuada.

En el presente capítulo se citan algunas definiciones del concepto de obesidad, tipos y factores relacionados con la obesidad desde la perspectiva médica en la que se encontrarán aspectos como son el diagnóstico y el tratamiento, además de algunas enfermedades o condiciones patológicas asociadas a la obesidad; desde la perspectiva psicológica, se abordarán aspectos socioculturales, tratamiento y evaluación de la obesidad, algunas teorías psicológicas que abordan esta enfermedad, así como el estilo y calidad de vida de las personas obesas.

2.1. Definición y Etiología

La obesidad puede ser considerada como una enfermedad crónica de etiología multifactorial, en la que intervienen factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales; por esta razón la definición de la obesidad depende del enfoque con el que se aborde. Como lo postula Hernández (2004), puede ir desde lo más simple, como la obesidad considerada una alteración de la composición corporal caracterizada por un exceso de grasa; hasta lo complejo, considerándola como el desequilibrio entre el aporte y el gasto energético el cual puede ser producido por una serie de alteraciones genéticas, bioquímicas, dietéticas y conductuales.

Otra definición es la dada por la Secretaría de Salud (2006), que la precisa como el resultado del desequilibrio de largo plazo entre la energía que es consumida con los alimentos y la que se gasta con la actividad física. Para Hernan (2002, pp.72), se define como un *“problema de desequilibrio de nutrientes, traducido en un mayor almacenamiento de alimentos en forma de grasa”*. Por otro lado Cantú y Moreno (2007), catalogan a la obesidad como un producto de la acumulación de tejido graso en abundancia en circunstancias de libre preferencia de ingesta de alimentos y desarrollo de actividad física.

Por lo anterior se puede deducir que la obesidad ha sido reconocida como un factor que incrementa el riesgo a presentar otras enfermedades que pueden afectar la salud de forma grave, asimismo conllevan un alto coste económico. La causa más común de la obesidad es el exceso de aporte energético en relación al consumo (Álamo, González y González, 2006); esto aunado a que en las últimas décadas hay un mayor consumo de alimentos con alto contenido de grasas y azúcares así como una menor actividad física tanto laboral como social y de tiempos de ocio.

Se reconoce que la obesidad es un problema en el que intervienen múltiples factores y por lo tanto debe ser tratado por un equipo multidisciplinario, destacando la predisposición genética, los factores físicos, el ambiente y la conducta. Hernández (2004), cree que a pesar de que la genética tiene relación con el padecimiento de la obesidad, son los estilos de vida, la dieta y el ejercicio los que determinan no solo la presencia de la obesidad sino la magnitud de ésta. Por lo anterior, es importante reconocer al sobrepeso como la antesala de la obesidad, ya que tanto para el individuo que lo padece como para los que lo rodean, el problema del sobrepeso llega a pasar inadvertido y por ende desencadena gradualmente problemas de salud, que al incrementarse, aumentan la probabilidad de que la persona presente obesidad.

2.2. Antropometría de la obesidad

Para determinar si una persona es obesa o solo tiene exceso de peso por un aumento de su masa corporal, se utilizan varias técnicas antropométricas y normas de referencia que nos permiten cuantificar y establecer la distribución de la grasa en el cuerpo, estas técnicas utilizadas son la talla y el peso, la circunferencia del tórax, la cintura, las caderas o la extremidades y el pliegue cutáneo. (Hernan, 2002).

En relación con el peso y la talla, la medida más utilizada es la proporción llamada Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet, que se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros, elevada al cuadrado: $IMC = \text{Peso (Kg.)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$. Ésta da como resultado un número que se categoriza como:

- Peso normal (18.5-24.5)
- Sobrepeso. Grado 1 (25-29.9)
- Obesidad Clínica. Grado 2 (30- 39.9)

- Obesidad Grave o Severa. Grado 3 (> 40) (Ogden, 2005)

El IMC es la medida de la obesidad principalmente utilizada, sin embargo no discrimina entre el peso correspondiente a los músculos y el debido a las grasas, asimismo los límites aceptables para cada talla pueden aumentar ligeramente en la mujer pero no en el varón.

La relación entre la circunferencia de la cintura o abdominal, así como las caderas y los glúteos, proporcionan un índice de la distribución regional de grasa corporal y es una guía para valorar los riesgos que ocasiona el exceso de peso para la salud. Ogden (2005), recomienda la reducción de peso cuando la circunferencia de la cintura es mayor a 102cm. en hombres y mayor a 88cm. en mujeres.

También se han elaborado métodos para medir el porcentaje de grasa corporal en un nivel básico, mediante el que se evalúa el espesor del pliegue cutáneo con calibradores alrededor del brazo y en la espalda. Este procedimiento no es viable para las personas que presentan obesidad severa y no contempla la grasa abdominal. En un nivel más avanzado, la grasa corporal se mide utilizando el procedimiento que se describe a continuación: *“la impedancia bioeléctrica que implica hacer pasar una corriente eléctrica entre la mano y el pie de la persona; ya que el agua conduce la corriente y la grasa es un aislante, la impedancia de la corriente, puede utilizarse para calcular la razón entre el agua y la grasa, con lo que se obtiene un porcentaje de la grasa corporal”* (Ogden, 2005 pp. 148).

Si una persona tiene sobrepeso u obesidad, es indispensable que reciba atención multidisciplinaria para ayudarlo a reducir peso y así evitar complicaciones a mediano y largo plazo, que estén asociadas con el exceso de grasa corporal.

2.3. Clasificación de la obesidad

Según Zarate, Basurto y Saucedo (2001), existen dos formas por las cuales se puede clasificar a la obesidad:

1. Por su origen:
 - 1.1. Obesidad exógena, es producida por el exceso de alimentación y estilos de vida sedentarios.
 - 1.2. Obesidad endógena, es ocasionada por problemas metabólicos.
2. Por la distribución de grasa en el cuerpo (Mataix, 2002):
 - 2.1. Obesidad Androide: Cuando una persona padece este tipo de obesidad, se caracteriza principalmente por la forma de “manzana” que adquiere su cuerpo, es decir, la mayor parte de grasa se concentra en la parte superior del cuerpo. Este tipo de obesidad se presenta frecuentemente en hombres, sin embargo, también se puede presentar en mujeres, especialmente en aquellas que presentan cambios hormonales durante la menopausia y el embarazo.

Representa un mayor riesgo para la salud, debido a que la grasa acumulada se encuentra principalmente en la parte superior del cuerpo, por lo que los órganos como el corazón, los pulmones, el hígado y los riñones se ven afectados, lo que hace más vulnerables a las personas de contraer enfermedades coronarias, colesterol alto y problemas de corazón, entre otros.

- 2.2. **Obesidad Ginecoide:** En los casos de este tipo de obesidad se dice que el cuerpo adquiere forma de “pera”, esto debido a que el exceso de grasa se concentra principalmente en la parte inferior del cuerpo, en el abdomen, muslos, nalgas y piernas. Este tipo de obesidad representa complicaciones en órganos como los riñones, el útero y la vejiga así como problemas relacionados con las piernas y la circulación sanguínea como lo son, las varices, hinchazón y cansancio excesivo. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres.
- 2.3. **Obesidad Mórbida:** Esta se considera como una de las más severas; se dice que una persona la padece cuando su IMC es superior a 40kg/m². Cuando una persona padece obesidad mórbida, todo su organismo se ve severamente afectado.

2.4. Factores relacionados con la obesidad

La obesidad es un problema en el que están implicados varios factores de orden genético, emocional, conductual, ambiental y estilos de vida; que están relacionados a su vez con el gran avance de la tecnología que acapara la atención de la población joven con mayor frecuencia. Esto hace que parte de su tiempo libre sea invertido en actividades con poco gasto energético, aunado a los medios de comunicación que lanzan grandes cantidades de publicidad dirigida a la comida chatarra o rápida, así como el sedentarismo. Estos factores son algunos de los causantes de la presencia de la obesidad en edades cada vez más tempranas.

Se cree que la variedad de la grasa corporal se relaciona con una compleja interacción de factores genéticos, nutricionales, de gasto energético, psicológicos y sociales (Ogden, 2005). A continuación se describen algunos factores relacionados con la obesidad, estos son de carácter biológico y psicológico. Dentro de los factores primeros se hablará del diagnóstico y tratamiento para la obesidad, la epidemiología y las enfermedades asociadas a la obesidad; en los segundos, se abordarán, evaluación y tratamiento psicológico, así como las teorías psicológicas y los estilos de vida de las personas obesas.

2.4.1. Factores Biológicos

Dentro de los factores biológicos relacionados con la obesidad podemos encontrar:

- Genética: Con base en varios estudios realizados, en la actualidad se conocen al menos cinco genes relacionados con la obesidad, entre estos genes se encuentra el

gen OB, que codifica la síntesis de la leptina. La leptina es una hormona producida por el tejido adiposo, es por medio de esta hormona que el cerebro recibe la información necesaria acerca de las reservas energéticas que se encuentran almacenadas en el cuerpo. Así la relación hormonal entre los adipositos y el cerebro va creando circuitos de regulación homeostática. La leptina viaja por la sangre hasta llegar al hipotálamo (Zarate, et. al. 2001); los receptores de la leptina se encuentran en las **áreas hipotalámicas ventromedial**, lateral y **dorsomedial**. Las áreas ventromedial y lateral se encuentran dentro y fuera del hipotálamo modulando la actividad de los sistemas nerviosos parasimpático y simpático, de esta forma estas regiones hipotalámicas expresan **neurotransmisores** implicados con la regulación de la ingesta y/o del peso corporal (Martí y Martínez 2002). Zarate et. al. (2001), explican que la ausencia de leptina o de sus receptores para esta hormona, son las principales causas de la presencia de la obesidad.

- **Herencia:** De acuerdo con esta postura, la probabilidad de que un niño sea obeso está relacionada con el peso de sus padres. Gran y cols. (1981 en Ogden, 2005) comprobaron que si un progenitor es obeso, hay un 40% de probabilidad que tenga un hijo obeso y, en el caso de que los dos progenitores sean obesos, el porcentaje se duplica alcanzando un 80%. En cambio, la posibilidad de que progenitores delgados tengan hijos obesos disminuye a un 7%. Esto es debido a que tanto padres como hijos comparten la constitución genética así como los hábitos de alimentación, como lo explica Infante (1993 en Villarroel, Bastías, Cabrera, y Guzmán, 2001).

Sin embargo, Brannon y Feist (2001) añaden que el rasgo hereditario de la obesidad también puede variar según el género, se afirma que la obesidad se hereda en mayor medida entre las mujeres que entre los varones.

- **Hormonas:** La obesidad también puede ser causada por un desequilibrio hormonal, por ejemplo, el hipotiroidismo o la enfermedad de Cushing.

2.4.1.1. Diagnóstico y Tratamiento Médico

Para diagnosticar a una persona con obesidad; Álamo, González y González (2006), plantean que es necesario comprobar si la persona es obesa e identificar la intensidad de su obesidad, utilizando los métodos de valoración estas técnicas son la talla y el peso, la circunferencia del tórax, la cintura, las caderas o las extremidades y el pliegue cutáneo. (Hernan, 2002).

Posteriormente se realiza una historia clínica detallada que permitirá elegir el tratamiento:

- Edad de comienzo, tiempo de duración y progresión de la obesidad. Esto debido a que el comienzo de la obesidad antes de los 40 años, resulta riesgoso.
- Sexo. Es una variable de importancia ya que puede estar relacionada con el modelo de

distribución de la grasa.

- Probable causa del comienzo de la obesidad, ya sea por causas metabólicas o por el exceso de ingesta de alimentos.
- Tratamientos previos. Tratamientos a los que ha estado sometido.
- Hábitos previos y actuales. Horarios de comida, actividades físicas, consumo de alcohol, cigarrillo o drogas.
- Antecedentes de obesidad en familiares. Como el peso de padres y hermanos y los hábitos dietéticos de la familia.
- Exámenes de laboratorio de glucemia, perfiles lipídicos, hepáticos y renales, ácido úrico y electrolitos. (López, 1997)

El tratamiento para la obesidad se ha dirigido principalmente al mejoramiento de la alimentación y el incremento de la actividad física. Sin embargo, como se ha venido mencionando, la obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial. Por esta razón Cuevas et. al. (2005), consideran que su tratamiento debe ser multidisciplinario, involucrando a médicos, nutriólogos y psicólogos. El objetivo del tratamiento es conseguir un peso adecuado a la talla y conservar posteriormente un peso dentro de los límites normales (Muñoz, 2003).

El tratamiento no solo debe de ir dirigido a la persona obesa, sino también a la familia y comprende los siguientes aspectos:

1. Reeduación nutricional del paciente y su familia:

Es un elemento esencial dentro de los tratamientos para reducir el peso, pero para elaborar una dieta o un balance en la alimentación, es necesario que sea realizado por un especialista en nutrición; en la elaboración de la dieta se debe determinar la ingesta nutricional, los requerimientos calóricos y el diagnóstico actual (Cuevas y et. al. 2005). Los especialistas generalmente aconsejan una dieta equilibrada, entendiéndola como aquella que proporciona todos los nutrientes que la persona necesita, sin deficiencias ni excesos; teniendo en cuenta algunos componentes como proteínas, carbohidratos, lípidos, minerales, vitaminas, agua y fibras; estos componentes se necesitan en mayor o menor medida ya que aportan energía al cuerpo.

Muñoz (2003) explica que dentro de las dietas, el porcentaje de calorías aportados por los nutrientes principales deben ser 50% en forma de hidratos de carbono; 30% de grasa, estos aportan ácidos grasos esenciales como vitaminas liposolubles que proporcionan sensación de saciedad; y finalmente un 20% de proteínas. Este total de calorías debe ser distribuido entre las tres comidas principales y dos secundarias o refrigerios.

Uno de los errores más comunes dentro de alguna dieta según Zarate y et. al. (2001), es el de suprimir alguna de las comidas principales, lo cual hace que el organismo aprenda a conservar reservas de energía almacenando grasas, lo cual explica que en ocasiones se presente un incremento de peso corporal a pesar de que solo se haya hecho una comida al

día. Este tipo de defensa se presenta frecuentemente en personas que se someten de manera intermitente a tratamientos dietéticos exagerados.

2. Incremento de la actividad física

La mayoría de los especialistas, recomiendan iniciar un programa de actividad física de 30 a 45 minutos diarios o al menos tres veces a la semana, lo cual generara un gasto energético aproximado de 150 calorías al día. Los ejercicios más recomendados para la reducción de peso son aquellos que incrementan la frecuencia cardiaca y el gasto energético.

Cuevas y et. al. (2005), revela que el ejercicio es un poderoso activador de la *lipólisis*, la cual funciona como liberadora de ácidos grasos, desde los triglicéridos almacenados como las grasas para ser utilizados como fuentes de energía. El ejercicio solo induce a la reducción de 2 a 3% del IMC, sin embargo, este es más efectivo si es conjugado con una dieta. Bensimhon y Donahue (2006), postulan que si bien el ejercicio no ejerce un papel importante dentro de la reducción de peso, si tiene un papel crucial dentro del mantenimiento de éste.

3. Soporte psicológico

Aunado con lo anterior, es muy importante lograr la adaptación de la persona que padece obesidad así como de su familia a los hábitos alimentarios, ya que la familia debe seguir la misma alimentación y acompañar a la persona obesa en las actividades físicas que realice. De la misma manera la familia debe obtener información sobre la obesidad, sus complicaciones y sobre todo la forma de cómo tratarla.

4. Fármacos

Otro aspecto importante es el uso de fármacos dentro del tratamiento de reducción de peso, está considerado para pacientes que tienen $IMC \geq 30$ o aquellos con $IMC \geq 27$ asociada a otras patologías relacionadas con la obesidad (Cuevas y et. al. 2005). Por su parte, Mataix (2002), indica las características que debe tener un fármaco anti- obesidad, estas son:

- El medicamento debe producir una pérdida de grasa corporal sostenida.
- Debe prevenir una reducción exagerada del gasto energético.
- No debe producir efectos secundarios.
- No debe provocar el “efecto rebote”.

Aunque aún no se encuentra el fármaco que cumpla todas estas características, existen fármacos que son utilizados como herramientas para el tratamiento de la obesidad. Según Cuevas et. al. (2005), existen tres tipos de medicamentos; a) aquellos que reducen la ingesta alimentaria, b) los que reducen la absorción de nutrientes y c) medicamentos que aumentan el gasto energético.

5. Métodos quirúrgicos

Zarate y et. al. (2001), explican que los métodos quirúrgicos han sido recomendados a pacientes que presentan un IMC ≥ 40 , así como aquellos pacientes que presentan una obesidad severa y en los cuales, los tratamientos convencionales no tienen efecto alguno.

Entre los métodos quirúrgicos más utilizados se encuentran las *cirugías bariátricas*. De acuerdo con Moreno y Zugasti (2004), existen diversos procedimientos bariátricos, todos ellos con el objetivo de disminuir la cantidad de calorías que se pueden ingerir. Todos estos procedimientos se califican en:

- Procedimientos restrictivos. Este tipo de procedimientos tienen como objetivo lograr una sensación de plenitud y saciedad con pequeñas ingestas, lo que ayuda a la disminución del aporte calórico. Este tipo de procedimiento por lo general implica la modificación en la capacidad del estómago, ya sea por grapas o bandas gástricas.
- Procedimientos malabsortivos. El objetivo de este tipo de procedimiento es limitar la absorción de los alimentos ingeridos, lo que trae por consecuencia la disminución de nutrientes que pasan por la circulación y así se produce la eliminación fecal. Esto se logra al reducir la longitud del intestino que está en contacto con los alimentos, se realiza mediante un Bypass Gástrico Y de Roux (RGB).
- Procedimientos mixtos. Como su nombre lo indica, este procedimiento es la combinación de los procedimientos de restricción y los malabsortivos. Es realizado con la finalidad de minimizar la probabilidad de fracaso de los procedimientos de forma individual.

2.4.1.2. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (en Cantú y Moreno, 2007) ha reportado que más de mil millones de adultos en el mundo tienen sobrepeso y más de 300 millones padecen obesidad. Conjuntamente, los organismos internacionales y las autoridades en la materia, no percibían la problemática de la obesidad, particularmente por el hecho de que aún existen en el mundo alrededor de 815 millones de personas que sufren hambre, y que especialmente se concentran el 95.7% de ellos en los países en desarrollo, pero hoy se sabe que el número de individuos que padecen sobrepeso y obesidad, sobrepasan la cantidad de personas en condiciones de hambruna.

La obesidad está presente en todas las naciones en vías de desarrollo, incluyendo países en los cuales hasta la hambruna está presente; por ejemplo, en Europa la obesidad es presente en el 20% de la población adulta en edad media y en los Estados Unidos esta prevalencia es mucho mayor, mientras en México la Encuesta Nacional de Salud reveló un incremento en la prevalencia de obesidad en la última década, al presentarse en un 37.4% en la mujeres y

un 42.5% en los hombres. Así mismo, en países como Brasil y Colombia, el número de personas obesas es próximo al 40%. Incluso en el África, donde se concentra un gran número de población que padecen hambrunas la obesidad ha aumentado, y en China, las cifras de personas con esta problemática pasaron de menos del 10% al 15% en un periodo de tres años (Cantú y Moreno, 2007).

2.4.1.3. Enfermedades asociadas a la obesidad

Como se ha venido apuntando, la obesidad es considerada una enfermedad crónica. Tomando en cuenta las características que Piedrola (1991), atribuye a las enfermedades crónicas, recordaremos que una de ellas es que son producidas por factores complejos y donde un mismo factor puede producir varias enfermedades. Por lo que en la actualidad la obesidad es relacionada con otras enfermedades entre ellas la diabetes, dislipidemias, y alteraciones músculo-esquelético, entre otras.

- **Cardiovasculares**

La obesidad se ha clasificado según la distribución de grasa corporal en tipo androide o central; que es la más relacionada a trastornos metabólicos como dislipidemia, alteración de los factores de coagulación, resistencia a la insulina, diabetes e hipertensión. Hay un 50% de riesgo que individuos con obesidad padezcan alguna de estas enfermedades ya que el corazón de una persona obesa es sometido a un trabajo extenuante, la excesiva masa de tejido adiposo requiere de un aumento en la vascularización, solicitando de un mayor volumen sanguíneo (López y González-García, 2001).

La prevalencia de *hiperlipidemias* es más elevada en sujetos que presentan obesidad, que en el resto de la población. Las hiperlipidemias definen estados patológicos, en los cuales se hallan incrementados los niveles plasmáticos de colesterol y/o triglicéridos. Mataix (2002), asegura que diversos estudios realizados afirman una relación existente entre el peso corporal y los niveles de triglicéridos y colesterol total. Así que la elevación de los triglicéridos en los obesos es debida a un aumento de secreción hepática de colesterol secundario y en parte a la elevación de insulina. Estas condiciones pueden mejorar con la pérdida de peso, en caso de lo contrario, esta situación obliga a las personas a adoptar medidas específicas para el control de dislipidemias, las cuales son definidas como alteraciones de los niveles de grasa en la sangre. De esta forma, se cree que las alteraciones de lípidos juegan un papel muy importante dentro de la patogenia de las complicaciones cardíacas.

- **Respiratorias**

Dentro de las enfermedades respiratorias, se encuentra el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), es más frecuente en personas con obesidad extrema debido a que favorece

la obstrucción de la vía respiratoria superior durante el periodo de sueño a causa de una disminución anatómica del calibre (López y González-García, 2001). Durante la apnea se incrementa la presión arterial y en casos avanzados se acompaña de hipertensión pulmonar crónica. La apnea de sueño se define como el cese de la respiración por al menos 10 segundos durante el sueño. El síndrome se diagnostica si durante el periodo de sueño se presentan 5 o más veces eventos por una hora de sueño, o si se presentan dos o más de los siguientes síntomas: ahogo o sofoco durante el sueño, despertares recurrentes, sueño no reparador, fatiga diurna y deterioro en la concentración (Valencia-Flores, et. al., 2001)

Otro problema de la persona obesa es el síndrome de *hipoventilación alveolar*. La obesidad se acompaña de una disminución en el volumen pulmonar y conduce a un decremento en la oxigenación arterial, que empeora cuando el paciente se acuesta, ya que aumenta su presión abdominal, disminuyendo aun más este volumen. Los músculos respiratorios del obeso muestran contracciones normales, pero aquéllos con síndrome de hipoventilación son más débiles (hasta un 40%) por lo que la respiración es más rápida y superficial, siendo ineficaz para cubrir las demandas metabólicas de O₂ y además retienen CO₂ (López y González-García, 2001).

- **Endócrinas**

La obesidad también es asociada con alteraciones en la función reproductiva. Esto se debe a que el ovario posee receptores de insulina y de otra hormona llamada IGF-1, en la que la *hiperinsulinemia* ocasiona reactividad (López y González-García, 2001).

Las mujeres obesas, especialmente aquellas con localización abdominal de grasa, sufren más irregularidades y trastornos del ciclo menstrual, comparadas con mujeres de peso normal. Además presentan mayores problemas durante el embarazo con un incremento de toxemia e hipertensión arterial. En niñas obesas, la menarquia aparece más tempranamente que las de peso normal. La menstruación probablemente se inicia cuando el peso corporal alcanza una masa crítica mínima (Hernan, 2002).

En hombres, la obesidad extrema se asocia a la disminución de la testosterona en suero y aumenta los estrógenos. Los cambios en el equilibrio de estas hormonas asteroideas puede afectar la intensidad y duración sobre el aparato sexual (López y González-García, 2001).

- **Diabetes Mellitus**

De acuerdo con Mataix (2002), la diabetes mellitus es “*un síndrome caracterizado por la hiperglucemia crónica, la cual está acompañada de modificaciones del metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, debido a una alteración de la secreción de insulina y/o una alteración de las acciones de la hormona en los tejidos periféricos insulino-dependientes.*”(p.1164). Hernández (2007), explica que la diabetes mellitus tipo dos es la más frecuente, constituyendo un 90% de los pacientes diabéticos, de los cuales un 10% presentan un peso normal y el resto de los pacientes presentan obesidad.

La diabetes tipo dos es la enfermedad más importante asociada a la obesidad. En individuos obesos, la acumulación de grasa abdominal produce liberación de ácidos grasos a través de la y ocasiona un exceso de síntesis hepática de triglicéridos, resistencia a la insulina e hipersulinemia (Hernan, 2002).

La etiología de este síndrome es variada, sin embargo, una de las causas más importantes del origen de la hiperglucemia es la Insulinorresistencia, alteración que hace referencia a una sensibilidad reducida a la hormona de los tejidos periféricos, más que a una capacidad de secreción disminuida. Es decir, existe una resistencia periférica a la acción de insulina en el musculo esquelético, cardiaco y el tejido adiposo.

La obesidad es asociada al incremento de la secreción de insulina e hiperinsulinismo, el cual se encuentra relacionado con la resistencia periférica de la hormona (intolerante a la glucosa), lo cual al parecer se debe a la disminución del número de *receptores insulínicos*. Con la disminución de peso, disminuye la secreción de insulina, ya que mientras un adulto delgado y sano secreta aproximadamente 30 a 40 unidades al día de insulina, un adulto obeso secreta aproximadamente 115 unidades de insulina al día, al mismo tiempo se reduce la resistencia a la misma mejorando la tolerancia a la glucosa (Mataix, 2002).

La grasa tisular tiene aparentemente dos mecanismos de actuación en la fisiopatología de la diabetes. Por un lado, aumenta la demanda de insulina y por otro, en individuos obesos, aumenta la resistencia a la insulina y por consiguiente la hiperinsulinemia. La sensibilidad de la grasa tisular a la insulina se mantiene alta y por tanto, es probable que los nutrientes se incorporen a la grasa para su almacenamiento. La resistencia a la insulina en la obesidad se puede atribuir en parte a la disminución de los receptores de insulina y también a defectos postreceptores intracelulares. La reducción de peso en obesos no-insulino dependientes mejora el control glicémico y concomitantemente contribuye a la reducción de problemas como la hipertensión arterial y la hiperlipidemia (Hernan, 2002).

- **Alteraciones músculo-esqueléticas**

Estas alteraciones se observan desde la infancia, en los adultos la alteración más frecuente es la osteoartritis, es adjudicada a múltiples factores como edad, niveles de ácido úrico, incremento de la densidad ósea, sexo y susceptibilidad genética; también se reconocen factores locales como deformaciones articulares, historia de trauma articular y peso de la obesidad sobre las articulaciones de miembros inferiores. Las articulaciones que con mayor frecuencia sufren daño son las rodillas y con menor asociación la cadera, las manos, tobillos y columna. La osteoartritis de rodilla resulta por el desgaste de la superficie de los cartílagos articulares debido al aumento de estrés físico, alterando la estructura articular y volviéndola quebradiza (López y González-García, 2001).

- **Cáncer**

La insulina como factor estimulante en la mitosis celular, se ha considerado como la causa de mayor riesgo de cáncer en personas con obesidad. Se ha considerado que la obesidad puede ser una barrera para la atención primaria en la atención del cáncer (López y González-García, 2001).

Los hombres con exceso de peso presentan una tasa de mortalidad significativamente más alta por cáncer de colon, recto y próstata. Las mujeres menopáusicas obesas, con grasa de localización abdominal, presentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, y mortalidad más elevada por cáncer de ovario y útero (Hernan, 2001).

2.4.2. Condiciones Socioculturales

El aumento de la obesidad en la población mexicana se ha producido por cambios en el medio ambiente, el cual condiciona el aumento del aporte energético y la disminución de la actividad física. Guerra, Valdez, Aldrete y López (2006), consideran que México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, los cuales están asociados a la incorporación a la comunidad económica internacional. Estos cambios han proporcionado aspectos positivos como negativos; para la población, entre los aspectos negativos podemos considerar aquellos relacionados con la dieta y nutrición. La población mexicana ha tenido modificaciones en su alimentación caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio. De la misma forma la sociedad actual, está orientada principalmente a los procesos mercantiles dirigidos a la estimulación de la economía consumista, la industria alimentaria ha intervenido a través de diferentes instrumentos, entre ellos la publicidad, para introducir conceptos nuevos de alimentos y dieta. Dicha industria segmenta la oferta y comercialización de productos alimentarios de consumo masivo, en función de la capacidad económica de los consumidores. Cuanto más bajo es el poder de compra del público al que se dirige, más alto es el contenido de grasas, azúcares y aditivos.

Otro aspecto negativo son los estilos de vida poco saludables, la disminución de la actividad física ha contribuido a la tendencia creciente en la frecuencia de la obesidad. En la actualidad se observa un comportamiento sedentario el cual se ha visto influenciado por la mecanización creciente tanto de medios de transporte como lo son metro, escaleras eléctricas, número de autos por casas; como de las actividades de tiempo libre teatro, cine, ver televisión, etc. (Guerra, et. al. 2006).

2.4.3. Intervención Psicológica

Es conocido que la obesidad se presenta asociada a un síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos, que interactúan de diversas maneras de una persona a otra; se han considerado herencia genética, sedentarismo, comer excesivamente y disfunciones

metabólicas; pero se han descuidado un poco los aspectos psicológicos. Como se ha mencionado en un principio, el ser humano es un ser bio-psico-social, esto obliga a que diversos profesionales de la salud se enfoquen en él y el tratamiento de la obesidad debe incluir a todos.

Estudios realizados han encontrado que las personas que padecen obesidad sufren con frecuencia diversos trastornos psicológicos. Silvestri y Stavile (2005), aseguran que la obesidad está asociada, en su mayoría, con problemas específicos del peso que pueden afectar desde la calidad de vida hasta obstruir la adherencia a un tratamiento. De esta forma la obesidad no solo trae consigo una serie de enfermedades como cardiopatías y diabetes entre otras, sino hoy en día las personas con sobrepeso viven en una sociedad “obesofóbica” que estigmatiza al obeso; sumado a esto, el seguimiento de las dietas estrictas así como los ciclos de pérdida y recuperación de peso, hace al paciente obeso sentirse vulnerable, avergonzado, culpable, y criticado tanto por su familia como por sus compañeros de trabajo; logrando que el obeso llegue a desarrollar algunas patologías psicológicas como la depresión, ansiedad, angustia, baja autoestima, etc., que pueden traer consecuencias en las relaciones interpersonales de las personas con obesidad.

Como se ha venido mencionando, la salud no solo depende de la vulnerabilidad biológica o fisiológica de una persona, sino que también se ve influenciada por factores psicológicos; uno de los principales cambios que genera un deterioro mayor, es el aspecto emocional de las personas que padecen la enfermedad, que pasa por un proceso de adaptación en diferentes ámbitos de su vida. En el caso específico de la obesidad, es necesario un cambio en la alimentación tanto del paciente como de la familia, aumento en la actividad física y finalmente soporte psicológico.

Algunas alteraciones que se presentan con mayor frecuencia en las personas obesas son:

- **Imagen corporal distorsionada**

La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser totalmente diferente a la apariencia real de la persona, se puede definir como “*la representación que se tiene del tamaño, contorno y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado a sus características y las de sus diferentes partes constitutivas*” (Slade, 1994 en Silvestri y Stavile, 2005 pp.8); está íntimamente ligada a la autoimagen, la autoestima y al sentimiento de sí o la identidad. La insatisfacción de la imagen corporal en la obesidad, es una motivación para bajar de peso y también es un motivo de un importante y significativo impedimento que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas de la persona que la padece, repercutiendo en su calidad de vida.

Sands (2000 citado en Raich, Sanchez-Carrecedo y Mora 2003), postula que la construcción de la autoimagen es multidimensional por lo que es necesario que dentro de la evaluación se consideren las siguientes dimensiones:

*Dimensión Perceptiva: esta dimensión hace referencia al grado de precisión que una persona tiene sobre la percepción de su tamaño y forma del cuerpo.

*Dimensión cognitivo-actitudinal: dicha dimensión está relacionada con las creencias que las personas poseen respecto a su cuerpo.

*Dimensión Conductual: esta tiene una estrecha relación con las dos anteriores, es decir, son las conductas relacionadas con la percepción y las cogniciones. Por ejemplo, las personas que tienen alteraciones en esta dimensión son aquellas que tienen conductas de evitación a situaciones que implican mostrar el cuerpo, probablemente por la percepción que se tiene de él.

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico (Guimón, 1999 en Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007). Asimismo se puede decir que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995 en Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

Existen dos tipos de procedimientos dentro de la evaluación de la percepción corporal:

- a) Estimación de partes corporales, donde se incluyen métodos análogos así como el trazado de imagen.
- b) Estimación del cuerpo de forma global, los métodos utilizados son la distorsión de imagen y las siluetas.

Actualmente en nuestra sociedad, el cuerpo y los cuidados de éste se han convertido en un negocio, es así como la preocupación por el cuerpo y la apariencia física es una fuente de consumo; por lo tanto esta preocupación e insatisfacción puede ir de algo normal a algo patológico presentándose alteraciones en la imagen corporal que pueden concentrarse en dos aspectos (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007):

- 1) Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que su cuerpo le suscita.
- 2) Alteraciones perceptivas: conducen a la distorsión de la imagen corporal

En los trastornos de alimentación, la *dismorfofobia*, la *vigorexia* las alteraciones de la imagen corporal son centrales y requieren de una evaluación e intervención específica. En lo que atañe específicamente este proyecto, son los trastornos de alimentación en particular la obesidad. Aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones por el peso y tamaño de algunas partes de su cuerpo como son nalgas, cintura, muslos, caderas; sus pensamientos están centrados en la delgadez y conductas motoras como dietas, uso de laxantes, y ejercicio en exceso (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

En dado caso que se llegue a presentar alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta (Rosen, 1995 en Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007):

- 1) Nivel psicofisiológico: respuestas de activación en el Sistema Nervioso Autónomo como sudor, temblores, dificultad de respiración, etc.
- 2) Nivel conductual: Conductas de evitación, realización de dieta, ejercicio físico, etc.
- 3) Nivel cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales autoverbalizaciones negativas de su cuerpo, etc.
- 4) Nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza.

Las consecuencias de la insatisfacción de la imagen corporal son variadas como baja autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos (quirúrgicos, cosméticos, dermatológicos, etc.) de una forma reiterada e irracional (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

Se considera este punto importante ya que la gran mayoría de los jóvenes anteponen el aspecto físico para mantener una buena relación con sus iguales, dejándose entrever la gran influencia que tienen los medios de comunicación masivos para las decisiones que los jóvenes tomen para su futuro ya que el tener una figura perfecta no lograra el éxito profesional, ni mucho menos denota una vida saludable sino al contrario en algunas ocasiones los jóvenes presentan algunas distorsiones o trastornos, llegando a presentar a su vez una baja en su autoestima, depresión y ansiedad al no poder cumplir con las demandas que la sociedad ha impuesto como el mejor ejemplo de vida saludable y exitosa.

- **Ansiedad**

La ansiedad consiste en un conjunto de reacciones tanto físicas como psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro, aunque no solo aparece por miedos externos, sino también por miedos internos o subjetivos. Cuando la ansiedad alcanza niveles muy elevados se debe reducir y la forma más fácil para reducirla es eliminar el peligro que la está provocando; en el caso de la obesidad, el comer o masticar supone un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar o triturar los alimentos se transforma en una forma de reducir la ansiedad. Si este recurso “anti ansiedad” se vuelve habitual, la persona con el tiempo comenzara a engordar y por lo tanto se vuelve un círculo vicioso. Puede adoptar diversas formas, pero la más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Sin embargo, al no ser muy elevada la ansiedad, se reduce muy fácilmente con el acto de comer y por lo tanto al ser constante su presencia y su reducción con el comer, se provoca un aumento de peso (Silvestri y Stavile, 2005).

- **Depresión**

Romero (2007) define la depresión como un trastorno emocional que se caracteriza principalmente por la alteración del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos los cuales tienen como consecuencia la disminución de la actividad vital impidiendo que se lleve a cabo con normalidad actividades de la vida diaria.

Algunas de las características que se presentan son:

- 1) Quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos o situaciones gratificantes y sólo se concentra en los aspectos negativos.
- 2) Pérdida de interés por actividades que antes le resultaban gratificantes
- 3) Insomnio o dificultades para conciliar el sueño
- 4) Incapacidad para hacer frente a obligaciones familiares, laborales y sociales
- 5) Bajo nivel de autoestima, llanto, miedo, angustia, sensación de cansancio, dolor muscular, estreñimiento, irritabilidad, incapacidad para concentrarse
- 6) Excesiva preocupación por su estado de salud
- 7) Sentimientos de culpa, incompetencia personal
- 8) Sentimientos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo
- 9) Ideas más o menos concretas de suicidio (Silvestri y Stavile, 2005).

Estas características se presentan de manera permanente u ocasional y su duración puede ser de varios meses hasta años. Algunos alimentos pueden contribuir a disminuir la depresión como el chocolate o la carne que son ricos en proteínas e hidratos de carbono, estos alimentos tienen en su composición química elementos que aumentan los niveles de serotonina que es un neurotransmisor que se encuentra disminuido con la depresión.

Raich y et. al. (2003) consideran que es conveniente obtener información sobre los estados de ánimo que experimentan las personas, ya que en muchos casos los estados de ánimo juegan un papel muy importante dentro de la regulación de la ingesta.

2.4.3.1. Tratamiento

Autores como Alustiza y Aranceta (2004), Cuevas y et. al. (2005), y Mataix (2002), consideran que para obtener éxito en cualquier tipo de tratamiento para la reducción de peso, es necesario que el paciente tenga un tratamiento psicológico a la par; éste se basa principalmente en la realización de una entrevista con la cual se obtendrán datos

importantes para así poder evaluar al usuario y posteriormente tomar una decisión con respecto a la intervención que se tendrá con este usuario ya que no todos presentan la misma problemática y por ende la intervención será distinta en todos los casos.

El tratamiento cognitivo-conductual es uno de los más utilizados en el caso de la obesidad, ya que como asegura Alustiza y et. al. (2004), este tipo de tratamientos están basados en el principio de que *“el acto de comer así como la elección de los alimentos responden a estímulos y circunstancias externas que pueden ser modificadas una vez que son identificadas...”* (p. 194). Uno de los primeros pasos dentro de este tratamiento es el informar tanto al paciente como a los familiares la importancia de éste, así como de los riesgos físicos y emocionales, a largo y corto plazo, que representa el padecer obesidad. Dicho tratamiento está basado en el aprendizaje de autocontrol, las técnicas de auto control juegan un papel fundamental dentro de la modificación de la conducta. Entre dichas técnicas se encuentran (Kazdin, 1989):

- a) Control de estímulos. Ya que se considera que una gran parte de los excesos o déficits conductuales pueden considerarse como problemas de control de estímulos. El primer paso en el entrenamiento basado en el control de estímulos es hacer que el individuo identifique los estímulos con los que la conducta puede estar relacionada.
- b) Auto observación. Se cree que una persona es capaz de ejercer control sobre su propia conducta observándola, esto debido a que si se observa detenidamente la conducta se tomara conciencia de ella. Dicha auto-observación radica en la recogida de información sobre la conducta. Es decir, se le pide al paciente que lleve un diario donde indique lo que consume, las cantidades y bajo qué circunstancias las consume.
- c) El auto-reforzamiento o auto castigo. El objetivo de esta técnica es que el paciente pueda determinar libremente bajo qué circunstancias puede recibir un premio y bajo cuales un castigo.
- d) Entrenamiento de competencias alternativas. Considerando que el llevar un régimen alimenticio (dieta), en muchas personas con obesidad, pueden aparecer emociones como ansiedad, miedo, estrés, entre otras; por lo que este tipo de técnica tiene como objetivo; proponer conductas alternativas a las que se quieren eliminar. Por ejemplo si una persona comienza a padecer ansiedad una conducta alternativa seria la relajación.

Como su nombre indica la terapia cognitivo-conductual, no solo se centra en la modificación de la conducta, sino también en la modificación de las cogniciones. Cuevas y et. al. (2005), indican que respecto al nivel cognitivo, esta terapia tiene mucha importancia debido a la enseñanza de metas realistas en cuanto a la reducción de peso, así como para el manejo de autoestima y para la prevención de recaídas.

A pesar de que la terapia cognitiva conductual es una de las más utilizadas en este campo

no es la única como lo menciona Bayardo, Ontiveros y Cardenas (2006), la psicoterapia interpersonal también es utilizada frecuentemente. Dichas psicoterapias están basadas en un modelo que conceptualiza a los trastornos alimenticios como el resultado de desordenes en el funcionamiento interpersonal, de esta forma el tratamiento se enfoca en identificar y resolver el problema de las dificultades interpersonales en varios dominios.

2.5. Estilos de vida de personas obesas

Los estilos de vida han sido considerados como una conducta observable que está determinada por actitudes así como por las motivaciones de los individuos. Es decir, como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud, entendiendo así a los patrones conductuales como, formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábitos cuando constituyen el modo habitual de responder.

Algunos autores como Sanabria, González y Urrergo (2007) han propuesto la idea de dos estilos de vida:

- ✓ Estilo de vida saludable: En este estilo de vida están involucradas dos dimensiones, a) sobriedad: definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia de alcohol, etc., b) actividad: definida como la participación en actividades deportivas, manteniendo un bajo índice de masa corporal, entre otros.
- ✓ Estilo de vida libre: el cual está caracterizado por un comportamiento totalmente contrario al anterior, consumo de alcohol, tabaco, drogas, falta de ejercicio, etc.

Considerando estos dos tipos estilos de vida la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Psicólogos de la Salud están interesados por promover estilos de vida saludables, esto con el fin de que dichos estilos de vida sean una forma de vida individual y colectiva la cual permita mejorar la calidad de vida.

2.5.1. Calidad de vida de personas obesas

A mediados de los años 50, el concepto de calidad de vida se incluyó en el área de la medicina y luego fue adquirida por la psicología. Este concepto ha vivido varias modificaciones, inicialmente se refería al cuidado de la salud personal; después paso a ser la preocupación por la salud e higiene pública; posteriormente hizo alusión a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; después a la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se convirtió en la preocupación del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud (Vinaccia y Orozco 2005). Es decir, el concepto de calidad de vida hace referencia a la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud.

Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000, pp. 3), definen a la calidad de vida como la *“resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, estado que a su vez define tanto el modo de ajuste a las situaciones en que el comportamiento, como práctica concreta tienen lugar, así como los resultados o efectos que dicha práctica tiene sobre el entorno y sobre el propio organismo”*.

La calidad de vida puede ser ubicada en tres dimensiones. En el primer grupo se encuentra la *dimensión biomédica*, en la que se encuentran propuestas básicamente dirigidas al individuo como organismo y sus condiciones biológicas, tiene como propósito, el proporcionar las condiciones necesarias para la preservación de la salud biológica concibiendo a ésta como la ausencia de la enfermedad. La segunda es la *dimensión sociocultural* donde se aborda a la calidad de vida como una cuestión estrechamente vinculada a los aspectos culturales que condicionan las circunstancias que regulan la vida social de una persona (Carpio y et. al., 2000).

El nivel biomédico, se refiere a la función de los organismos en el plano filogenético sin reconocer la singularidad de los individuos, así como el nivel sociocultural que se refiere a las prácticas colectivas y poblacionales que dejan de lado al individuo en particular. Sin embargo, la psicología tiene como referente la práctica concreta de los individuos singulares; aunque no deja de lado que el comportamiento humano está condicionado por la biología de su cuerpo y por las prácticas culturales que son compartidas por los miembros de distintos grupos sociales y éstos enmarcan el desarrollo psicológico del individuo.

Por lo tanto el comportamiento psicológico se refiere básicamente a la ontogenia o historia singular de cada individuo y es posible reconocer como *dimensión psicológica* fundamental de la calidad de vida, las prácticas individuales, específicamente las que:

- Están asociadas a la prevención de la salud, ya sea como mera prevención de la enfermedad o como prácticas que favorecen la curación y rehabilitación.
- Están asociadas con la preservación de los ambientes físicos y sociales que delimitan las prácticas compartidas como cultura (educación, trabajo, arte, ciencia, etc.) (Carpio y et. al., 2000).

La naturaleza multidimensional del concepto de calidad de vida para Vinaccia y Orozco (2005), abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social tiene que ver con las relaciones y las funciones, el afecto, la intimidad, el trabajo, la situación económica y la familia. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición, la angustia que genera tanto la enfermedad como el tratamiento. Finalmente, el bienestar espiritual, abarca el significado que se le da a la enfermedad, la esperanza, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza

interior de la persona que tiene obesidad.

En la dimensión psicológica se encuentran involucrados diversos elementos y procesos conductuales como son (Carpio y et. al., 2000):

- La historia interactiva del individuo
- Las competencias conductuales
- Los estilos interactivos
- Los criterios de ajuste

La historia interactiva del individuo, es la colección de interacciones pasadas de un individuo con aspectos específicos de su entorno y se ven involucrados dos elementos comportamentales: las competencias conductuales y los estilos interactivos.

Las competencias conductuales constituyen a las formas efectivas de comportamiento que desarrollan los individuos para satisfacer los requerimientos funcionales del ambiente y en el caso de la calidad de vida pueden ser concentradas en los siguientes ámbitos:

- a) La prevención de la enfermedad
- b) La adherencia al tratamiento
- c) La prevención de accidentes
- d) La protección de ambientes físicos
- e) La preservación de ambientes sociales
- f) La promoción de interacciones sociales en los ámbitos familiares y de pareja
- g) La promoción de cambios sociales benéficos para la colectividad.

Por otra parte los estilos interactivos, se refieren a la estructura contingencial de la situación que el sujeto enfrenta de un modo invariante, en el ámbito de calidad de vida los estilos más relevantes son:

- a) Toma de decisiones
- b) Tolerancia a la ambigüedad
- c) Tolerancia a la frustración
- d) Persistencia o logro
- e) Flexibilidad al cambio

- f) Tendencia a la transgresión
- g) Curiosidad
- h) Tendencia al riesgo
- i) Dependencia de señales
- j) Responsabilidad a nuevas contingencias
- k) Impulsividad-autocontrol
- l) Reducción de conflicto

Finalmente los criterios de ajuste, determinan cuáles competencias son funcionalmente pertinentes en cada situación con la que los individuos interactúan.

Cada uno de los puntos abordados dentro de este capítulo nos da pie a conocer la gravedad de las enfermedades crónico degenerativas porque en la actualidad el índice de obesidad está aumentando en niños y jóvenes; viendo este problema no solo desde el ámbito fisiológico ni biológico sino que en él se hallan factores causantes de carácter psicológico y emocional como es la ansiedad o la percepción que tienen de su imagen corporal; esto por el bombardeo de los medios de comunicación para tener un cuerpo perfecto arriesgando el bienestar y salud de los futuros profesionales de México. Por lo tanto se abordarán a continuación algunos modelos de intervención en el campo de la salud teniendo presente que el mayor interés en este proyecto de investigación es el tema de la obesidad que se está viviendo en los futuros jóvenes profesionales de la salud.

CAPÍTULO TRES

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD

Desde el enfoque psicológico se han desarrollado una serie de teorías aplicables en el área de la salud, desde las cuales se planea una estrategia de intervención. Ribes (1990) explica que la Psicología Aplicada a la Salud tiene que ser interdisciplinaria, puesto que está ligada a otras disciplinas con las que comparte un fin común, entendiendo éste como el bienestar del individuo y teniendo en cuenta que cada disciplina tiene un objetivo en particular que pretende llegar a un fin común, como en el caso de la medicina y la psicología. Asimismo menciona que dentro de la psicología aplicada a la salud, hay tres dimensiones: biomédica, sociocultural y psicológica. El modelo médico-biológico de la salud considera que los factores genéticos son un estado intrínseco del organismo que resiste embates de los agentes externos nocivos; por otra parte, en el modelo sociocultural se ven vinculados factores como riqueza y abundancia y aunados a estos los problemas de la pobreza. Finalmente la dimensión psicológica plantea que el sujeto es un organismo que interactúa con su medio ambiente y que posee competencias con las que se enfrenta a diversas situaciones, regulando así la presencia o ausencia de enfermedades. Por lo tanto, en el presente trabajo se plantea la propuesta de una serie de perspectivas de la conducta humana que están en relación inseparable con la salud y las podemos dividir en tres niveles: individuo, relación individuo-ambiente y por último el nivel comunitario.

3.1. Perspectivas con enfoque individual

Se centran en la conducta de los individuos con respecto a su salud, es decir, observación y análisis de conductas que promueven la adquisición y desarrollo de alguna enfermedad. Se pueden encontrar cuatro diferentes perspectivas teóricas de la conducta humana en relación con la salud:

3.1.1. Creencias de la salud o Health Belief Model.

Este modelo es uno de los más antiguos, se desarrolló en la década de 1950, por un grupo de especialistas en Psicología Social, encabezado por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adecuó para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad y el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas. Asimismo se basa en teorías del aprendizaje, como la Teoría Conductual, que explica el fortalecimiento de la conducta en función de contingencias observables, cuando define que “...*todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta y justificado por sus inmediatas consecuencias.*” y la Teoría Cognitiva, la cual atribuye importancia a procesos no observables, cuando apunta que se “...*justifica el comportamiento como el resultado de*

procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el resultado deseado.” (Soto y et. al. 1997 pp. 338).

De esta manera, ambas orientaciones se han convertido en uno de los marcos teóricos más usados en la Psicología Aplicada a la Salud, se trata de un modelo que considera los comportamientos como el resultado de un conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una determinada situación y es utilizado para explicar las creencias que el individuo tiene de no estar enfermo, ya que no presenta síntomas de alguna enfermedad (Rimer, 2002); asimismo, menciona que el modelo de creencias de la salud supone cuatro condiciones que preceden a la decisión del individuo para desarrollar un comportamiento saludable:

- 1) La persona debe percibirse a sí misma como susceptible a enfermarse (susceptibilidad percibida).
- 2) La persona debe percibir que las consecuencias de la enfermedad son severas (severidad percibida).
- 3) La persona debe creer que al realizar un comportamiento saludable se reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad (beneficios percibidos).
- 4) La persona debe percibir que los impedimentos para realizar un comportamiento saludable tanto físicos como psicológicos pueden ser superados (barreras percibidas).

Adicionalmente, se unen dos factores: señales para la acción y la motivación para la salud, definidos como los desencadenantes internos o síntomas físicos; y los desencadenantes externos de la acción, como campañas de educación en salud e influencia social así como sobre la valoración que la persona realiza sobre su salud.

De acuerdo con este modelo, el uso simultáneo de las cuatro condiciones, favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que en este caso en particular, serían conservar y mejorar la salud; así como evitar las situaciones de riesgo y prevenir la enfermedad, en este caso obesidad, adoptando en consecuencia un estilo de vida más saludable.

3.1.2. Teoría de la acción razonada y teoría del comportamiento previsto

Ambas teorías son usadas para estudiar una gama muy amplia de comportamiento relacionado con la salud; se desarrollaron en los últimos años de los sesentas por Montañó y Kasprzyk (2008), son los elementos para que las personas puedan transformar los conocimientos, expectativas y creencias en acciones y la motivación que estos individuos tienen para llevar a cabo las conductas.

La teoría de la acción razonada intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud; fue introducida por Fishbein en 1975, posteriormente desarrollada y evaluada por Fishbein y Ajzen en 1980. Pretende explicar el comportamiento humano por un factor individual que se refiere a la actitud de la persona ante la situación; y por un factor social, que son las expectativas que la persona percibe de las influencias normativas sociales. (Rimer, 2002). Esta teoría define al ser humano como un animal racional que procesa y utiliza sistemáticamente la información de la que dispone con el fin de juzgar, evaluar y tomar una decisión frente al objeto que en este caso son sus creencias y actitudes.

La teoría del comportamiento previsto, es una extensión de la teoría mencionada anteriormente solo que en éste, añade la intención conductual y el control conductual percibido, como variables mediadoras entre las actitudes y las conductas; estableciendo a su vez, una relación causal entre actitudes, creencias e intenciones. Supone un enlace causal entre las creencias que son su base informativa, las actitudes que se forman a partir de estas creencias y las intenciones que están basadas en el carácter personal y de índole social; el elemento causal que tiene mayor rigor en dicha teoría, es que el sujeto percibe que la conducta está bajo su propio control (Rimer, 2002).

El planteamiento de la teoría de la acción razonada es que una conducta de salud es el resultado de la interacción comportamental, que a su vez depende de las actitudes que se tengan al respecto del comportamiento concreto y de las valoraciones o normas con respecto a lo apropiado de la acción comportamental. Tiene como objetivo ser capaz de predecir y entender los comportamientos observables que están bajo el control de los individuos (Arrivillaga, et. al. 2003).

3.1.3. Modelo Transteórico

Este modelo fue desarrollado por James O. Prochaska en el año de 1979, pero se consolidó durante los años noventas como una propuesta innovadora en el área de promoción de salud y prevención de la enfermedad, por la posibilidad que ofrece para plantear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones o grupos a quienes están dirigidas las acciones (Cabrera, 2000). Explica cómo una persona predice el éxito o fracaso en el logro de una propuesta de cambio de comportamiento (Prochaska, 1994).

Está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación o intención de cambio, por lo anterior se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que puedan facilitar el cambio; este cambio de comportamiento de los individuos es espontáneo o inducido y se

pueden explicar a través de cinco constructos teóricos (Prochaska, y DiClemente, 1982 y Prochaska, Redding y Evers, 2008):

- 1) Precontemplación: La persona aún no se da cuenta o no acepta que está enferma; por esta razón no tiene la intención de cambiar o realizar alguna acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en un lapso de seis meses.
 - 2) Contemplación: La persona aún no está lista para un cambio, o simplemente tiene la intención de cambiar y hará un intento por modificar su comportamiento en los próximos meses
 - 3) Preparación o determinación: La persona ya tomó una decisión de cambio y tiene un compromiso propio para hacerlo, realiza pequeños cambios e intenta cambiar en un futuro inmediato máximo de 30 días.
 - 4) Acción: La persona aprende acerca de la salud y de su enfermedad, asimismo, realiza cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un periodo de uno a seis meses; tiene una valoración mucho mayor hacia la actitud de cambiar y por lo tanto demuestran un mayor nivel de auto-efficacia que es considerada por Cabrera (2000, pp. 8) como *“la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud”*. Asimismo es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o el paso acelerado a la etapa de mantenimiento.
 - 5) Mantenimiento: La persona debe poner fin a su anterior patrón de conducta, trabajando activamente en la prevención de la recaída, su autoconfianza aumenta para mantener el cambio comportamental. Esta etapa generalmente dura de seis meses a dos años.
 - 6) Terminación: La persona ha adoptado un nuevo patrón de comportamiento de salud.
- Estos procesos o estadios de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan para cambiar su comportamiento; así como también son el eje de facilitación y aceleración de los cambios en las intervenciones promotoras de la salud (Cabrera, 2000).

3.1.4. Adopción a las precauciones

El proceso de adopción a las precauciones, propuesto por Weinstein, Perloff y Fetzter en 1988, se refiere a una secuencia ordenada de etapas cognoscitivas, que giran en torno al desarrollo de creencias y de interacciones que a través de tiempo conducen a una acción. Está conformado por una serie de fases, con la cuales se puede modificar la conducta de las personas (Rimer, 2002 y Flores-Alarcón y Carranza, 2007):

- 1) Conocimiento de los riesgos: Cuando la persona desconoce o ignora la importancia del riesgo, ya que no establece asociaciones entre el comportamiento y la protección; una acción de educación para orientar a las personas en esta etapa es la información sobre la severidad de los riesgos y las consecuencias positivas de la práctica del comportamiento.
- 2) Interés por involucrarse en el control de riesgo: Una persona puede contar con un conocimiento general acerca del valor protector de realizar una acción frente a un riesgo, pero aun no se plantea la posibilidad de realizar la acción. La persona tiene el conocimiento sobre la severidad del problema y una valoración propia sobre la susceptibilidad ante el riesgo y las expectativas de resultados.
- 3) Intenciones de modificar el riesgo: Se entiende por motivación *“la probabilidad de que una persona inicie y/o mantenga la práctica de una acción específica”* (Op. Cit. pp.67), dentro de esta etapa hay baja vulnerabilidad y baja autoeficacia para comenzar y mantener una acción protectora hacia su salud y con alta percepción de los costos implicados en la práctica de un comportamiento saludable; algunas acciones de educación para la salud que resultan decisivas son las propensas a disminuir la percepción de costos e incrementar la percepción de autoeficacia, ya que llevan a la realización de balances favorables y a una toma de decisión en pro de actuar.
- 4) Toma de decisiones para modificar efectivamente el riesgo: Todas las personas manifiestan ambivalencias frente al hecho de actuar o no actuar ante una determinada acción. Esta etapa radica en el hecho de que una persona tome la decisión explícita de practicar o no el comportamiento saludable, a pesar de tener el conocimiento de los riesgos, así como del conocimiento para protegerse ante éstos. Las personas pueden manifestar que ya han tomado la decisión de ejecutar un comportamiento protector para su salud, pero aun no ha empezado a hacerlo, ya que el hecho de tener la intención de actuar no indica que se va a iniciar el comportamiento.
- 5) Elaboración de planes de autocontrol o de manejo de contingencias, conducentes a la implementación de las decisiones: Entre la intención y la acción hay una etapa de planificación que tiene el fin de convertir la decisión en una acción efectiva, esta planificación es la base del autocontrol, entendido como *“el manejo de las contingencias situacionales que estimulan y refuerzan la práctica del comportamiento saludable en cuestión”* (Op. Cit. pp. 68).
- 6) Mantenimiento de las acciones y Planes de recuperación en caso de recaída: Estas contingencias situacionales varían del inicio de la acción a su mantenimiento, así como de su mantenimiento a su recuperación en caso de alguna recaída.

Es preciso identificar con anterioridad las características cognitivas y conductuales del momento motivacional que vive la persona ante algún comportamiento; esta caracterización

se puede hacer a través de una secuencia sucesiva de etapas, en las que aumenta la motivación, es decir, la probabilidad de que la persona realice alguna acción para mejorar su comportamiento.

3.2. Perspectivas interpersonales

Esta perspectiva se refiere a la construcción de la realidad por parte del sujeto ya sea tanto contextual como interpersonal y la relación del sujeto con la realidad, es a través de la información obtenida a lo largo de su desarrollo, con fundamento en las estructuras cognitivas. Uno de los principales aportes de esta perspectiva es el sujeto interpersonal cuyas conductas están determinadas por la pauta de interacción que establece con personas significativas durante su vida, este sujeto no es pasivo, sino que recibe información de una realidad objetiva, visión mecánica y cognitiva, donde éste construye su realidad según su propia estructura y organización, lo que habla más de su realidad externa y objetiva (Gaete, Harcha, Kuhne, Leiva, Vergara y Yañez, 2001).

Dentro del modelo interpersonal, se pueden encontrar diferentes perspectivas teóricas de la conducta humana relacionada con la salud:

3.2.1. Teoría Cognitivo-Social

Se deriva del trabajo de Bandura de 1997, que habla sobre el aprendizaje social, en el cual explica y predice la relación entre salud y comportamiento, que puede ser alterado por algunos mecanismos como: promulgación de rendimiento, previa experiencia y reducción al mínimo de excitación; en éste se instiga a la persona a plantearse objetivos que él crea capaces de cumplir, se hace uso de auto-monitoreo permitiendo así que aumente la autoeficacia del individuo y mantenga su salud en buen estado. Asimismo trabaja con habilidades, competencias y control, haciendo hincapié en la importancia de mejorar el comportamiento de una persona, el conocimiento, las habilidades y la confianza en sí mismo, particularmente hacia el comportamiento de su salud. (Marcus, 2002).

Los conceptos utilizados dentro de este modelo se agrupan dentro de cinco categorías (McAlister, Perry y Parcel, 2008):

1) Determinantes psicológicos de la conducta

Se han identificado una serie de determinantes a nivel psicológico como:

- **Determinismo recíproco:** los factores ambientales influyen en los individuos y los grupos, pero los individuos y los grupos también pueden influir en su medio ambiente y regular su propio comportamiento.
- **Expectativas de resultados:** creencias acerca de la probabilidad y el valor de las consecuencias de las opciones de comportamiento.

- Auto-eficacia: creencias sobre la capacidad personal para llevar a cabo conductas que dan los resultados deseados.
- Eficacia colectiva: creencias acerca de la capacidad de los grupos para llevar a cabo una acción concertada que de los resultados deseados.

2) Aprendizaje observacional

La capacidad que tiene el ser humano para realizar un aprendizaje observacional, se desarrolla especialmente a través de la comunicación, que es el centro de la Teoría Social-Cognitiva; de acuerdo con Bandura, la teoría gobierna cuatro procesos de aprendizaje observacional: la atención, la retención, la producción y la motivación, estos factores juegan un importante papel en diferentes procesos.

3) Determinantes ambientales de la conducta

- El primer criterio básico que influye en el comportamiento, se refiere al uso de recompensas y castigo para modificar el comportamiento, a esto se le llama incentivo motivacional.
- Un segundo criterio es el de facilitación, que se refiere a la disposición de nuevas estructuras o recursos que permiten que los comportamientos puedan ser llevados a cabo más fácilmente.

4) Auto-regulación

Medir los niveles en los que se va regulando la conducta con el control de uno mismo, fijación de objetivos, información, recompensa libre, auto-instrucción y apoyo social.

5) Moral de la separación

Formas de pensar acerca de los comportamientos nocivos y de las personas que sufren daños que hacen aceptable infligir sufrimientos por la separación de la autorregulación moral.

Esta teoría, nos da pie a considerarla como una de las más importantes al menos en este proyecto ya que nos ayuda a encontrar la relación que hay entre la salud y el comportamiento del individuo trabajando con las habilidades y competencias de cada uno, puesto que con esta teoría se pueden abarcar muchos ámbitos que competen la enfermedad del individuo comenzando por los factores ambientales, las creencias tanto individuales como sociales, el aprendizaje social que tiene el individuo presentándose en cuatro fases concernientes a la comunicación, la disposición de nuevos recursos que faciliten la salud del individuo así como las recompensas y los castigos que se pueden aplicar para el bienestar del individuo; estos aspectos pueden llevar a que el individuo, por la amplia capacidad que tiene para desarrollar su aprendizaje, modifique para su bienestar tanto su estilo de vida como sus hábitos alimentarios.

3.2.2. Redes sociales y Soporte Social

Diversos autores analizan las redes sociales y de apoyo social donde se integra el concepto que describe a las propiedades de las redes sociales así como los tipos de conductas que funcionan como apoyo, esto partiendo de la hipótesis de que existe una relación estrecha entre las redes de apoyo social y la adherencia terapéutica. Las redes sociales son el conjunto de relaciones sociales a las que una persona pertenece, en la medida en que le proporcionan asistencia técnica y tangible, apoyo emocional, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc. (Lemos y Fernández, 1990); dicha red social, aporta a la persona un apoyo o soporte social que es entendido como el comportamiento que los miembros de la red se brindan el uno al otro; este soporte social consiste en un conjunto bien definido de individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc. que están vinculados unos a otros a través de un conjunto de redes sociales (Marcus, 2002).

La red social puede ser el primer paso para conseguir el soporte social, esto dependerá de la cualidad de las relaciones que un sujeto es capaz de encontrar dentro de la red; algunas cualidades que están implicadas dentro de las redes sociales son el intercambio de comunicaciones íntimas y la presencia de solidaridad y confianza.

3.2.3. Estrés, Afrontamiento y Conducta

La definición de estrés depende mucho del modelo teórico que se revisa. Sin embargo Guerrero (1996) menciona tres de las teorías más utilizadas para definir el estrés:

1. Teoría basada en el estímulo: desde esta teoría el estrés es considerado como algo externo que provoca una respuesta de tensión. Hace referencia al estímulo o acontecimiento que se denomina estresor debido a que es el causante de producir un estrés. En esta definición se engloban las situaciones que significan un cambio y que requieren reajustes en la rutina de una persona debido a que son considerados como acontecimientos indeseables.
2. Teoría basada en la respuesta: considera al estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico-mental. Considerando la reacción del individuo, se hace una división en fases, de dichas reacciones: reacción de alarma, fase de resistencia y solo en caso de que el estrés persista, la fase de agotamiento.
3. Teorías interaccionales: en dicha teoría los estresores y las respuestas de estrés están estrechamente involucrados. Lo que conforma la experiencia de estrés, está entendido como un proceso interactivo entre situaciones y características del

individuo. Así Lazarus y Folkman (1986), presentaron una teoría que define el desarrollo del estrés como un proceso de interacción dinámica, donde es considerado como punto principal la naturaleza de los intercambios, o transacciones entre la persona y su entorno así como los procesos cognitivos que intervienen la relación persona-entorno. En conclusión, podría decirse que desde este enfoque, el estrés es considerado como la relación particular entre el individuo y su entorno, el cual es evaluado por el individuo como amenazante y desorbitante de sus recursos y en consecuencia, pone en peligro su bienestar.

De acuerdo con el último enfoque mencionado, el estrés psicológico puede ser considerado como el producto de la manera en que el individuo evalúa y construye una relación con el entorno.

Las situaciones de estrés producen un aumento de la activación del organismo. A nivel fisiológico, se pueden distinguir tres ejes de respuestas de estrés:

1. Eje neutral. Este eje es activado de forma inmediata, la cual provoca una activación simpática y un incremento en la activación del sistema nervioso, lo cual trae como consecuencia un mantenimiento de tensión muscular excesivo debido a la activación del sistema.
2. Eje neuroendocrino. Este eje es más lento en activarse y necesita condiciones de estrés sostenidas. Su activación es más compleja, comienza con la activación de la medula y las glándulas supra-renales, lo que da por consecuencia adrenalina y noradrenalina que ayudan a mantener la energía. Sin embargo la aparición o activación de este eje favorece la aparición de problemas cardiovasculares.
3. Eje endocrino. Este último involucra más actividad hormonal, su activación implica retención de sodio e incremento de los depósitos de glucógeno en el hígado, lo cual hace al organismo más vulnerable al desarrollo de problemas de hipertensión. En la activación de este último eje también están involucradas las secreciones de la hormona del crecimiento, así como la hormona de la tiroides, cuyo efecto es un aumento de la tiroxina y en consecuencia, el individuo sufre desgastes generales.

La activación de este último eje es mucho más lenta que los anteriores, sin embargo tiene efectos mucho más duraderos. Usualmente este tipo de eje es activado cuando las personas no cuentan con estrategias de afrontamiento, como por ejemplo, ante una situación estresante.

El organismo cuenta con recursos importantes que le ayudan a recuperar el equilibrio bio-psico-social, uno de ellos es conocido como afrontamiento. El concepto de afrontamiento fue definido por Lazarus y Folkman (1987) como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo...”(p.67)*, por lo cual se puede considerar el afrontamiento como un factor importante y como mediador del estrés ya que éste afecta en el bienestar físico y psicológico del individuo. Por esta razón los psicólogos orientados al área de la salud han incrementado su interés por desarrollar técnicas que permitan reducir y/o controlar el estrés. Existen varias estrategias con las que cuenta el individuo, su uso está determinado por la naturaleza del estrés; es decir, por las circunstancias en las que se produce.

En la escala de Modos de afrontamiento desarrollada por Folkman y Lazarus (1986) se proponen las siguientes estrategias de afrontamiento:

- ✓ Confrontación: Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas.
- ✓ Planificación: Se refiere a pensar y así poder desarrollar estrategias que permitan encontrar posibles soluciones al problema.
- ✓ Distanciamiento: Se refiere a los intentos por separarse del problema, como evitar que el problema le afecte.
- ✓ Autocontrol: Esta estrategia se caracteriza por el control que ejerce el individuo sobre sus propios sentimientos así como sus respuestas emocionales.
- ✓ Aceptación de responsabilidades: Es la capacidad de detectar o identificar cuál es el papel que se tuvo en el origen y mantenimiento del problema.
- ✓ Escapa-evitación: En este tipo de estrategia se emplea un pensamiento irreal improductivo, como por ejemplo, lamentar estar en una situación específica, o comenzar a comer en exceso, dormir, etc.
- ✓ Búsqueda de apoyo social: Buscar ayuda o información en otras fuentes, amigos, familia, conocidos, etc., así como también buscar comprensión y apoyo emocional.
- ✓ Reevaluación positiva: Consta de percibir los aspectos positivos que tenga la situación estresante.

Como se mencionó en el capítulo anterior, las enfermedades crónicas son causadas principalmente por los estilos de vida inadecuados y las conductas de riesgo que presentan las personas enfermas, asimismo, pueden desarrollar diversas alteraciones de orden psicológico, encaminadas principalmente en el aspecto emocional, una de estas alteraciones es el estrés, que amenaza el bienestar físico y emocional de un persona, es aquí donde radica la importancia de contar con estrategias de afrontamiento que permitan contra-restar o hacer frente al estrés. La comprensión del estrés y el afrontamiento es esencial para hacer frente a la educación sanitaria, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

3.2.4. Influencia Social y comunicación

La influencia social es entendida como el proceso utilizado para cambiar comportamientos necesarios para ser aceptados dentro de un grupo social. Dicha influencia es ejercida a través de la comunicación interpersonal, así tanto en la influencia como en la comunicación se establecen en dos tipos de relaciones; las relaciones formales e informales.

La influencia social y la comunicación tienen gran importancia dentro del ámbito de la salud ya que en primer lugar, la comprensión de la comunicación y la influencia puede mejorar la eficacia de las intervenciones de modificación de conducta, por otro lado los conceptos básicos de la influencia social y de comunicación pueden ser utilizados para la creación de programas dirigidos a la autonomía de los pacientes en relación con los profesionales de la salud; y por último, el estar conscientes de los términos influencia y comunicación permitirán forjar una base de estos conocimientos en el paciente que estará construida por la participación de amigos y familiares, de esta forma fortalecerá la eficiencia del cambio de conductas.

Megan Lewis, Brenda DeVellis y Betsy Sleath (Marcus, 2002), retoman la teoría de la interdependencia, considerada como una base teórica para el estudio de la influencia social y la comunicación en relaciones informales y formales. Los inicios de la Teoría de la Interdependencia se encuentran en la Teoría de cambio social, la cual se centra en los costes y beneficios asociados a una interacción. Esta teoría postula que es más efectivo interactuar con aquellas personas que pueden proporcionar recompensas, estas últimas entendidas como un resultado beneficioso; pueden ser subjetivas y van desde bienes materiales como el dinero, o puede ser algo intangible como una satisfacción. Cabe señalar que existe una regla dentro de las recompensas y esta es la reciprocidad, por lo que se ha establecido que tanto en relaciones formales como informales la influencia que tiene la comunicación dentro del ámbito de salud resulta altamente eficaz cuando se establecen interacciones entre un objetivo específico y una influencia gratificante. Es decir, la teoría de intercambio social centra su interés en el estudio del intercambio de recompensas y consecuencias que resultan de las interacciones. Por otro lado, la Teoría de la Interdependencia estudia los resultados de las interacciones (intercambio de recompensas) así como las relaciones sociales que influyen en estos resultados.

La teoría de la interdependencia es concebida como el proceso en el cual las personas influyen en las experiencias de los demás, es decir, cómo las acciones de una persona pueden provocar en otra persona reacciones como motivación, tristeza, o simplemente influir en la toma de decisiones. Por lo tanto se cree que el comportamiento de una persona nunca está libre de influencia, es por esta razón que resulta importante la interdependencia dentro del ámbito de la salud, su relevancia se encuentra en que: 1) sugiere la necesidad de identificar y entender aquellos aspectos relacionados con la salud del individuo y con una

influencia social, 2) propone que las interacciones sociales deben ser incluidas dentro de las intervenciones de salud, ya que se ha demostrado que dichas interacciones pueden beneficiar tanto en cambio de conductas como en adherencia terapéutica.

3.3. Perspectivas comunitarias

Los modelos comunitarios surgieron para ayudar a las comunidades en el mejoramiento del bienestar de sus miembros y en la solución de problemas que predominan en la población. Un requisito para comenzar a trabajar con la comunidad, es identificar los problemas a través de un proceso que implica el aporte de una muestra representativa de los miembros de la comunidad (Biglan y Smolkowski, 2002). Se puede decir que la intervención comunitaria busca incidir en la vida cotidiana de las personas, promoviendo las condiciones para mejorar su calidad de vida; se prepondera el bienestar comunitario y se subordina el bienestar individual, considerando a los sujetos como protagonistas del desarrollo comunitario y con la capacidad de identificar necesidades y problemas, determinar prioridades, así como buscar e implementar estrategias de solución a las mismas (Medieta y Gómez, 2001). A continuación se describirán cuatro modelos para el cambio de comportamiento y el desarrollo de la comunidad en los sistemas sociales en las grandes poblaciones:

3.3.1. Teoría de la difusión

García (2008), define a la difusión como un *“proceso mediante el cual una innovación es comunicada en el tiempo y difundida por determinados canales entre los miembros de un sistema social” (p.1)*. La teoría de la difusión tiene como objetivo difundir nuevas ideas, dicha teoría propone cuatro elementos importantes:

1. Innovación o Ideas
2. Canales de comunicación empleados para la difusión de las ideas.
3. Tiempo de la difusión
4. Sistema social donde es difundido la innovación (García, 2008)

La innovación es entendida como una idea, práctica u objeto percibido como algo novedoso y nuevo para un individuo o dispositivo de adopción. Es considerada como innovación cuando es percibida como nueva para el individuo que la adoptará. Existen características específicas de las innovaciones que permiten o facilitan su adopción:

- a) Ventajas relativas: se hace referencia a que la propuesta o las nuevas innovaciones resulten más atractivas y beneficiosas que las que se buscan reemplazar.

- b) Posibilidad de observación: se busca que los resultados y las consecuencias de la aplicación de la innovación sean conocidos y observados.
- c) Compatibilidad: que exista una compatibilidad entre las necesidades, valores, expectativas etc., de la comunidad y la innovación.
- d) Complejidad: se considera que entre más fácil sea la manipulación, información, aplicación etc., de la innovación resulta más fácil su adopción.

Se considera que cuando una innovación posee estas características es más fácil su adopción lo que a su vez beneficiaría su difusión.

Los canales de comunicación por su parte, son aquellos medios de comunicación utilizados para enviar mensajes a los individuos. Dichos medios de comunicación van desde las redes sociales hasta medios de difusión. Dentro de esta teoría los líderes de la comunidad juegan un papel muy importante dentro de la comunicación de nuevas ideas; sin embargo, si se refiere a la información de una nueva idea, los medios masivos de difusión resultan aún más favorecedores. Existen diversos aspectos que es necesario considerar, por ejemplo, para que la idea o innovación sea comunicada fácilmente es necesario que las personas encargadas de hacer llegar el mensaje a determinada población compartan características con ella como los son, la cultura, los valores, el lenguaje, la vestimenta entre otras, lo que permitirá una mayor comunicación y las ideas tienden a tener un efecto mayor.

El tercer elemento, el tiempo, está relacionado íntimamente con el proceso de la difusión, esto en tres momentos:

- a) Decisión sobre la adopción de la innovación.
- b) Momento en que es adoptada la innovación
- c) Tasa de adopción.

Esta teoría es utilizada principalmente en búsqueda de aceptación de tecnologías.

3.3.2. Teoría del cambio organizacional

Allen Steckerl, Robert Goodman y Michelle Kegler, analizan tres teorías del cambio organizacional: Teoría de las etapas, Teoría del desarrollo organizacional y Teoría de las relaciones interorganizacionales; cada una de éstas sugiere una intervención de estrategias dirigidas a la simple organización o a coaliciones de organización múltiple, para así improvisar la adopción e implementación de programas para la promoción de la salud y estrategias comunitarias. Además al usar estas teorías simultáneamente producen un óptimo efecto (Mikler y Wallerstein, 2002).

3.3.3. Teorías de la comunicación

John Finnegan y K. Viswanath introdujeron esta teoría que es especialmente relevante para la salud pública y el cambio de conducta. Según McQuail (1983) el concepto de masas social surge durante el siglo XX, en el cual se sufrió un tránsito desde una sociedad industrial y burguesa, característica del siglo XIX, a una sociedad de ocio y consumo. Dicho cambio se caracteriza por cuatro puntos importantes:

1. La elevación del nivel de instrucción de la población
2. Desarrollo de grandes organizaciones de participación anónima
3. Aparición de una multitud proyectada en sus relaciones con el consumo y la producción
4. Aumento del tiempo libre en la mayoría de la población

Es en este contexto social donde aparece el concepto de masa, para referirse a grupos grandes de personas, sin embargo para que un grupo pueda ser definido como masa debe contar con diversas características:

1. Amplitud
2. Anonimato, si bien son anónimos en conjunto, forman parte de una red de grupos primarios y secundarios como lo son la familia, amistades, trabajo, etc., en los cuales son conocidos y cuyos grupos ejercen y reciben influencias.
3. Heterogeneidad
4. Que sus miembros tengan un nivel de interacción bajo o nulo, ya que se encuentran separados físicamente unos de los otros.
5. Sus miembros no cuentan con la capacidad de organización, por lo que es difícil producir respuestas articuladas.

De tal forma, que la comunicación de masa parte de un emisor el cual tiene como un receptor a una masa, y para que este tipo de comunicación sea posible son necesarios medios más sofisticados a comparación de la comunicación interpersonal. Esto ha permitido el desarrollo de tecnologías que han servido como medios, entre ellos la imprenta.

Al paso del tiempo han surgido varios campos de investigación encargados de estudiar este campo de comunicación entre estos el marketing, el cual será retomado en el presente trabajo, bajo una mirada social.

3.3.3.1. Marketing Social

El marketing ha sido entendido como una herramienta empresarial, la cual tenía como objetivo el encontrar y estimular compradores, sin embargo, Forero (2002) postula que el marketing ha sufrido tres etapas:

- a) Primer etapa de 1800 a 1920. Durante esta etapa estaba orientado a la producción, es decir, jugaba un papel importante en la etapa en la que los fabricantes buscaban un aumento en la manufacturación, ya que se tenía la idea de que los consumidores adquirirían todos los bienes que fuesen de calidad, a precios accesibles y donde la demanda excedía a la oferta.
- b) Segunda etapa de 1920 a 1950. Su objetivo está encaminado a las ventas, esto sucedió cuando los fabricantes se preocuparon en cómo conseguir o atraer más consumidores, debido a que existía una gran variedad de productos dentro del mercado, a los que el consumidor tenía opción.
- c) Tercer etapa de 1950 en adelante. En esta etapa el marketing estuvo orientado a los productores y comerciantes, es decir, se buscaba identificar lo que los consumidores necesitaban y de esta forma dirigir las actividades necesarias para satisfacerlas de forma efectiva.

En un principio el objetivo primordial del marketing era la satisfacción de las necesidades o deseos de los consumidores de una manera rentable. Por otro lado Colomer y Alvarez (2000), definen al marketing como *“un proceso social y de gestión a través del cual los distintos grupos e individuos obtienen lo que necesita u desean, creando, ofreciendo e intercambiando productos con valor para otros...”*(p.103). Entendiendo como productos, todo aquello susceptible de ser ofrecido para la satisfacción de una necesidad, puede ser un objeto tangible, un servicio o la combinación de ambos. Un valor de acuerdo con esta definición es la apreciación por parte del consumidor, respecto a la capacidad de los productos para la satisfacción de sus necesidades.

A partir de 1990, se incrementó el uso de la mercadotecnia en el campo de la salud pública; es un ámbito de aplicación específico de la Psicología Social en el que se analizan, entre otras cosas, los efectos que tiene al publicidad sobre las personas, no sólo en su conducta de consumo sino también en sus actitudes y relaciones sociales; en la actualidad la publicidad, el consumo y el ocio se hacen presentes en nuestra sociedad, incluso han aparecido nuevas adicciones relacionadas con este campo; como el internet, shopping o compras compulsivas, etc. Esto ocasiona que con mayor frecuencia se contrate al profesional de la

psicología para diseñar y participar en la creación publicitaria. Cuando el enfoque de la mercadotecnia se amplió hacia el bienestar del consumidor, apareció un nuevo concepto, el cual trascendía a la venta de un producto, este fue el “Marketing Social” o “Mercadotecnia Social”, utilizado por primera vez por Kotler y Roberto, bajo el postulado de que su origen venía de Inglaterra durante la Revolución Industrial, donde se realizaron campañas para la abolición de encarcelamientos de deudores y supresión del trabajo de los niños entre otras cosas (Forero, 2002). De esta forma el marketing social es definido como el diseño o ejecución de programas para influir en la aceptabilidad de ideas sociales, es decir, el marketing social sobre pasa el ámbito comercial ya que tiene como objetivo el satisfacer necesidades de tipo social, humano y espiritual, por lo que su campo de acción se extiende a fundaciones y organizaciones tanto públicas como privadas sin intenciones de lucro. Otra definición es la dada por Forero (2002) postula que el marketing social consiste en la aplicación de tecnologías propias del marketing comercial como lo son: análisis, planificación, ejecución así como la evaluación de programas, cuyo objetivo es influir en el comportamiento voluntario de los grupos sociales con el fin de mejorar su bienestar personal y social. Del mismo modo Edelstein (2000), señala que el objetivo del marketing social es el cambio de una idea o conducta adversa a la adopción de nuevas ideas, por lo que en este caso son las ideas y las conductas los productos que deben promoverse. Asimismo para Andersen (1995, en Maibach, Rothchild y Develli, 2002 pp.438) el marketing social se puede definir como una *“aplicación de la tecnología de la mercadotecnia comercial para analizar, planear, ejecutar y evaluar programas diseñados para influir en la conducta voluntaria de la audiencia blanco y mejorar su bienestar personal y social”*.

La mercadotecnia social se caracteriza por los siguientes elementos (Maibach, Rothchild y Develli, 2002):

- 1) Intenta influir en la conducta voluntaria de los miembros de la comunidad blanco.
- 2) El esfuerzo se dirige a cambiar o mantener la conducta de los individuos
- 3) Ofrece la posibilidad de conseguir beneficios y reducir barreras ya sea con la conducta que la gente realiza u ofreciendo una alternativa novedosa.
- 4) La comunidad blanco y la sociedad en general son los primeros beneficiados
- 5) Integra intereses de la comunidad persuadiendo a los individuos con la oferta de productos o servicios como si fueran de su propio interés.
- 6) El principal beneficiario es el integrante de la población blanco, el punto clave es la motivación que sepa transmitir el organizador.

Los elementos anteriormente mencionados están vinculados con algunos puntos clave de la práctica de la mercadotecnia y estos son:

Producto: Cómo ofrecer el producto para hacer que la audiencia tenga el deseo de tenerlo, asimismo hay que identificar los intereses o beneficios de la comunidad, plantear acciones mediante los recursos disponibles y crear nuevos productos.

Precio: Se deben evaluar barreras o costos involucrados en la adopción de la conducta deseable, así como identificar la percepción de la comunidad acerca del costo del producto.

Lugar: El producto debe hacerse accesible y conveniente, hay que entender dónde gasta la gente su tiempo, cuándo y dónde toman sus decisiones y quién tiene acceso a ellos en esos momentos.

Promoción: Puede haber un cambio voluntario en las personas cuando el producto ofrece beneficios o precios atractivos y está disponible en un lugar adecuado, esto le corresponde a la promoción que debe involucrar elementos de comunicación o educación incluyendo medios visuales, auditivos, tecnológicos, etc.

Cada una de estas teorías sugiere una intervención de estrategias específica dirigida a la simple organización o a coaliciones de organización múltiple, así como improvisar la adopción e implementación de programas para la promoción de la salud y estrategias comunitarias; además las estrategias pensadas en estas teorías al usarse simultáneamente producen un óptimo efecto.

Especialmente el modelo de Marketing Social es el sustento metodológico de este proyecto ya que a través de diversos mensajes con imágenes y frases se dará a conocer por lo tanto la información que se pretende dar, en este caso la prevención para la obesidad en los jóvenes universitarios; y el tener conocimientos de cada uno de estos modelos nos permitirá abarcar de diversas maneras a la población pero teniendo en cuenta que el modelo que más importa en este momento es el de Marketing Social.

CAPÍTULO CUATRO

METODOLOGÍA.¹

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO GENERAL

Este trabajo se deriva del proyecto de investigación aprobado por PAPIME que se titula “Intervención comunitaria dirigida a estudiantes universitarios con enfermedades crónicas. Una propuesta multidisciplinaria”, tiene como objetivo general: Desarrollar conductas promotoras de la salud en estudiantes universitarios con enfermedades crónicas relacionadas con síndrome metabólico; cuya hipótesis es: “...si se conoce la incidencia de alteraciones de la salud relacionadas con síndrome metabólico de los alumnos de nuevo ingreso de la generación 2008 a la FES Iztacala, entonces se estará en condición de proponer estrategias específicas de intervención comunitaria dirigidas a modificar el estilo de vida de los alumnos detectados, con lo que se espera incrementar la eficiencia terminal...”

Las líneas rectoras que dirigen el proyecto original, se dividen en tres:

*Promover la creación y desarrollo de iniciativas institucionales encaminadas a fomentar la educación para la salud de los estudiantes de la FESI.

*Crear una identidad institucional que aglutine en temas relacionados con la salud, a los alumnos de las seis carreras que se ofrecen en la FESI.

*Desarrollar acciones dirigidas a la modificación de las conductas de los alumnos hacia la salud.

De estas líneas de acción se derivan tres programas estratégicos, cada uno tiene diversos subprogramas con programas, proyectos y actividades que impactarán en los diferentes ámbitos:

Programa 1. Intervención institucional

1.1 Académico

1.2 Administrativo

1.3 Inmueble

1.4 Relaciones interinstitucionales

¹ Este trabajo fue financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) de la UNAM No. Reg. PE303507. Se realizó con apoyo de la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la UNAM y de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales (SDRI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Programa 2. Creación, desarrollo y difusión de identidad institucional hacia la salud.

2.1. Encaminada a la creación de una red de comunicación efectiva, entre los integrantes del proyecto y los alumnos.

2.2. Diseño de una identidad institucional, para el fomento de la salud.

Programa 3. Modificación de conductas y actitudes de riesgo para la salud.

3.1. Dirigido a la prevención

3.2. Dirigido a la intervención

La metodología general de este proyecto, está basada en una evaluación multinivel que se divide en tres partes: el alumno evaluado a través de EMA y análisis bioquímicos y hematológicos así como antropometría; evaluación de la institución educativa mediante grupos focales; evaluación del municipio y el sector salud ambos mediante grupos focales.

JUSTIFICACIÓN: El perfil epidemiológico de México, actualmente se manifiesta en un índice ascendente de las enfermedades crónicas degenerativas, que eran consideradas propias del adulto, pero se ha generalizado hacia los niños y jóvenes; éste perfil ha sido modificado por los cambios en el estilo de vida de las personas que han dejado de realizar algunos hábitos relacionados con la mejora de su salud como son: dormir 7 u 8 horas, desayunar diariamente, mantenerse en un peso adecuado a la altura, no fumar, tomar moderadamente o no tomar alcohol y practicar actividad física regular. La importancia de estas conductas ha trascendido tanto que en la literatura se les distingue como Inmunógenos conductuales; así mismo hay comportamientos peligrosos para la salud llamados patógenos conductuales que son conductas que incrementan el riesgo del individuo a enfermar, por ejemplo: tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estilos de alimentación inadecuados, entre otros (Matarazzo, 1995). Algunas de estas conductas de riesgo, particularmente las relacionadas con los estilos de alimentación son causantes de algunas enfermedades que afectan frecuentemente a los jóvenes, una de estas son los trastornos alimenticios que se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>).

Dos trastornos alimenticios de importancia son la anorexia y la bulimia; en contraste con lo anterior, otra enfermedad relacionada con la alimentación es la obesidad, que se identifica como la excesiva ingesta de alimentos. Es por lo anterior que este proyecto tiene la finalidad de proponer estrategias mediante las cuales se modificarán los patrones de alimentación de los estudiantes universitarios detectados con obesidad, o con riesgo de adquirirla.

DESCRIPCION

Población: Esta dirigido a una población potencial de aproximada 10 000 alumnos inscritos a seis carreras del área de la salud que se imparten en la FES Iztacala. Dependiendo de la vía de comunicación que se elija para llevarlo a cabo, se seleccionará como grupo experimental para medir la evolución en el comportamiento de la salud de universitarios que padecen obesidad. Sin embargo, a manera de ejemplo se puede mencionar que en la evaluación realizada en los tres años anteriores al 2010, se identifico que de 3642 alumnos a los que se les midió la circunferencia abdominal, 1414 (38.8%) lo que indica que obtuvieron niveles por encima de lo normal en Índice de Masa Corporal IMC.

Situación: El proyecto se llevará a cabo dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala ubicada en Avenida de los Barrios #1 Colonia los Reyes Iztacala, en Tlalnepantla Estado de México.

Objetivo: Que los jóvenes universitarios detectados con trastornos de obesidad o con probabilidad de desarrollarla, identifiquen sus conductas de riesgo y desarrollen estrategias eficaces en la elección de hábitos alimenticios promotores de la salud.

Antecedentes

Existen una serie de trastornos que van relacionados con la alimentación, uno de ellos es la ortorexia, o sea la obsesión por la "comida sana"; la permarexia o miedo a los alimentos; el excesivo ejercicio que desarrolla una adicción llamada vigorexia (Mejía, 2007); la anorexia identificada como la disminución o pérdida anormal de apetito (Saldaña, 2001); la bulimia que consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados (vómito provocado, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo) para evitar ganancia de peso, además de la autoevaluación de los individuos que se encuentra relacionada con la silueta y el peso corporal (Sierra, 2005); por último la obesidad, afecta tanto a hombres como a mujeres y es un problema de desequilibrio de nutrientes, traducido en un mayor almacenamiento de alimentos en forma de grasa (Hernán, 2002). Se pueden diferenciar dos tipos de obesidad: obesidad primaria o de causa no delimitada y obesidad secundaria o de causa conocida; las causas de obesidad son múltiples y poco conocidas en la actualidad; algunos de los signos o síntomas más comunes son exceso de peso, incremento en grasa corporal, vida sedentaria, problemas psicológicos como depresión, baja autoestima, etc. y se caracteriza por un incremento del depósito de grasas debido a una alteración en el balance entre ingreso energético y consumo, en el que el ingreso siempre es mayor que el consumo, dando como resultado el acumulo del exceso de energía en forma de grasas (<http://www.tusalud.com.mx/120817.htm>).

En este proyecto se abordará sólo el tema de la obesidad, que en México afecta a más de 40 millones de personas. En las últimas 2 décadas, la obesidad tuvo un incremento de más

del 30% en México ligeramente mayor que en los Estados Unidos de Norteamérica, por lo que nuestro país ocupa el segundo lugar en todo el mundo con personas que tienen sobrepeso u obesidad (INEGI, 2004)

En el contexto del área metropolitana de la Ciudad de México, lo anterior se podrá constatar con el reporte de obesidad que se observa del Examen Médico Automatizado aplicado a los estudiantes universitarios de nuevo ingreso a la FESI; en una muestra de 2350 jóvenes universitarios el 40% de la población presenta obesidad viéndose aquí reflejado que la obesidad se está presentando con mayor frecuencia en los niños y jóvenes.

Este proyecto se realizará a partir de cuatro etapas:

En la etapa de **investigación**, se pretende identificar la incidencia y prevalencia de la obesidad y conductas de riesgo relacionadas, entre los jóvenes que ingresan a la FESI; durante la etapa de **planeación** se tiene contemplada la elaboración de los mensajes subliminales, de acuerdo con el perfil de la población blanco; y la de **difusión** es dar a conocer los mensajes a la comunidad, mediante las vías de comunicación efectiva e identidad institucional que se trabajan en el programa estratégico número 2. Dentro de la etapa de planeación y difusión hay tres fases:

- 1.- **Información:** pretende dar a conocer el estado de salud de los estudiantes con obesidad.
 - 2.- **Activación:** tienen el propósito de hacer conciente al estudiante de su situación pero que puede mejorar o cambiar sus conductas de riesgo.
 - 3.- **Canalización:** informar al estudiante sobre algunas instituciones que le brinden ayuda.
- Finalmente la última etapa del proyecto es el **seguimiento**, que se podrá observar de acuerdo al aumento de citas que se presenten de la población universitaria en el CUSI o en el seguro facultativo.

TIEMPO A REALIZARSE: Debido a que es una propuesta no podemos dar un tiempo definido

ÁREA O DEPENDENCIA A LA CUAL ESTÁ ADSCRITO: Grupo Multidisciplinario de Investigación en Salud y Rendimiento Académico (GMISARA).

DIAGNOSTICO

**FORTALEZAS*

Los alumnos responden positivamente al marketing.

Las características de la población blanco son similares en términos de edad, nivel sociocultural y motivación de logro.

Los alumnos tienen la necesidad de pertenencia a un grupo.

Los alumnos han respondido positivamente a la invitación de participar en el proyecto de investigación

*OPORTUNIDADES

Los alumnos cuentan con servicio de consultorio y salud integral en la FESI

Los estudiantes cuentan con el seguro facultativo IMSS.

Los estudiantes cuentan con áreas deportivas, eventos culturales y de promoción de la salud (semana de la salud) que se realiza dentro de la FESI.

En la actualidad algunos medios de difusión están promoviendo el cuidado de la salud.

Se cuenta con los resultados del EMA.

Las investigaciones de la UNAM a nivel básico en ciencias de la salud.

Programas que se presentan a nivel nacional en el canal de difusión de la televisión no comercial.

*DEBILIDADES

Los alumnos desconocen la gravedad del problema de su salud.

Los alumnos tienen desidia para darse de alta en el seguro facultativo.

Horarios restringidos para alimentarse.

Los recursos económicos con los que cuentan los estudiantes son muy reducidos.

Los alumnos llegan a la FESI en ayunas.

Desinterés de los estudiantes hacia los problemas de salud

Oferta restringida en calidad, variedad y precio en el alimento que se ofrece dentro de la FESI

*AMENAZAS

Bombardeo de información externa por parte de las creencias del entorno social, hacia alcanzar un estereotipo para ser aceptado

Los alumnos asisten a locales aledaños para consumir alimentos que satisfacen sus necesidades en términos de costo, sabor y contenido energético.

Los alimentos que se ofrecen fuera de la escuela son de baja calidad y precios bajos.

La entrada principal está plagada de comercios ambulantes no regulados por el Municipio

OBJETIVO GENERAL: Proponer estrategias para modificar los hábitos alimenticios de jóvenes universitarios de la FESI con reporte de obesidad o riesgo de desarrollarla; mediante una metodología de marketing social.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- 1) Proporcionar una breve información sobre el cómo se encuentran los estudiantes en cuestión de salud.
- 2) Mediante mensajes, imágenes y frases ubicados en el espacio físico de los alumnos, provocar que el estudiante se interese por su salud e **Identifiquen sus conductas de riesgo**
- 3) Informar a los estudiantes sobre las acciones que pueden iniciar para el cuidado de su salud y brindarles otras opciones institucionales a donde puedan acudir.
- 4) **Desarrollen estrategias eficaces en la elección de sus hábitos alimenticios**

ACTIVIDADES POR OBJETIVO PLANTEADO:

Tres fases:

Información: Realización de trípticos, anuncios en la gaceta, correo electrónico escolar. El contenido dará a conocer incidencia, prevalencia, síntomas y proceso de la obesidad.

Activación: Realización de carteles, frases curiosas pero con un mensaje de por medio, mensajes subliminales, imágenes; colocados en lugares estratégicos

Canalización: Información sobre las instituciones que pueden ofrecer ayuda de tipo individual o grupal para quien desee cambiar su estilo de vida.

| | Etapas | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fases | Planeación | Difusión | Seguimiento |
| Información | Datos estadísticos de los estudiantes que presentan algún grado de obesidad. | Trípticos, gaceta UNAM, correo electrónico escolar. Mediante recursos desarrollados en el | Aumento de citas que se presenten de la población universitaria en el CUSI o en el seguro |

| | | | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | programa 2 del proyecto general | facultativo. |
| | Breve información referente a la obesidad y las causas de ésta | Trípticos, gaceta UNAM, correo electrónico escolar | |
| | Dar a conocer los resultados que se obtienen del EMA cada año escolar | Trípticos, gaceta UNAM, correo electrónico escolar | |
| Activación | A través de imágenes, frases o mensajes se enfrentará al alumno a conductas de riesgo latentes que traen una consecuencia negativa; con esto se pretende que estudiante muestre un mayor interés por su salud. | Carteles, trípticos y dentro de las ferias de la salud que se organizan en la FESI | Exámenes médicos |
| Canalización | Seguro Social, CUSI, profesores que estén dispuestos a brindar ayuda | Carteles y dentro de las ferias de salud que se realizan en al FESI | Reporte de estadísticas más bajas en los resultados del EMA en el año siguiente de alumnos anteriormente detectados con algún grado de obesidad. |

FACTORES CRÍTICOS:

Mayor rendimiento de los universitarios, esto visto en el promedio general obtenido

Cambios en instalaciones de cafeterías adecuadas a las exigencias y necesidades de la salud de los estudiantes

Disminución de bajas por problemas relacionados con la salud

Disminución en la detección de enfermedades en el EMA

RECURSOS DISPONIBLES

Apoyo administrativo por parte de la institución (económico, material y electrónico)

Conocimiento de necesidades de los universitarios

Datos obtenidos mediante los exámenes médicos

Recursos humanos

Folletería (trípticos, carteles, etc.)

INDICADORES DE RENDIMIENTO

Resultado de análisis de laboratorio en donde se observara el incremento o decremento de los niveles de grasas, carbohidratos, desnutrición.

Resultados del EMA en donde observaremos las conductas que se han incrementado, con esto se identificarán las conductas de riesgo que se relacionen con la obesidad.

Alumnos que asisten a actividades de orientación, relacionadas con la obesidad.

Comentarios de los avances que ellos han visto a lo largo de la intervención al momento de acudir alguna institución.

Aumento de visitas de la población universitaria a los servicios médicos del campus

ARTICULACION CON EL PLAN.

La línea de acción a la que pertenece el presente proyecto es la 3 “Desarrollar acciones dirigidas a la modificación de las actividades de los alumnos hacia la salud”, Programa **“MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS Y ACTITUDES DE RIESGO PARA LA SALUD”** y pertenece al subprograma **“INTERVENCIÓN”**

CONCLUSIONES

Como se ha mencionado a lo largo del proyecto, se puede observar que en México el aumento de enfermedades crónicas afectan a la condición de vida de las personas en la actualidad, ya que han desarrollado hábitos, costumbres y creencias en su forma de interactuar con otras personas y con el medio que los rodea; en una sociedad donde la obesidad ocupa el segundo lugar en el mundo dentro de los padecimientos crónicos y existe un alto índice de pobreza, se han observado una gran variedad de cambios sociales que a su vez se van transformando y modificando a lo largo del proceso de desarrollo de la sociedad, reflejándose en la educación y los medios de comunicación que son una gran influencia en nuestra cultura, esto a consecuencia de cambios políticos y sociales por los que ha pasado México entre ellos, la globalización y la adopción de patrones culturales de otros países, por ejemplo, a pesar de que las familias cada vez son más pequeñas los padres brindan muy poco tiempo al cuidado y educación de sus hijos, teniendo, en su mayoría, la necesidad de salir del hogar para laborar dejando la educación de sus hijos en manos de la televisión, internet entre otros medios, los cuales son utilizados como herramientas mercantiles constructores de estereotipos, como el cuerpo perfecto, el ideal del éxito, entre otros, que puede ser alcanzados a través del consumo de productos comerciales. Al ser este tipo de medios de comunicación los más accesibles a los jóvenes y niños, estos han tomado un papel importante en sus decisiones, han hecho que la población infantil y juvenil sean grandes consumidores de productos poco saludables lo que ha tenido como consecuencia la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, propias de personas mayores, entre los cambios más importantes esta el alto nivel de tiempo libre y la accesibilidad al entretenimiento que requiere poco o nulo esfuerzo físico, así como la incursión de grandes empresas que ofrecen alimentos altos en calorías, azúcares, almidones, etc., pero que a su vez proporcionan a la población un alimento rápido, fácil de preparar y barato, lo que los hace ver atractivos y satisfactorios para estilos de vida acelerados. Por ejemplo, los jóvenes universitarios que pasan un gran número de horas dentro de la escuela se ven con la necesidad de satisfacer algunas necesidades básicas, como el hambre, esto considerando también su economía orillándolos en la mayoría de los casos al consumo de alimentos poco nutritivos pero que cuentan con características específicas; son baratos, rápidos de preparar, proporcionan una sensación de satisfacción y la cercanía que existe entre la escuela y los

establecimientos que los proporcionan. Así, tomando en cuenta el crecimiento en el índice de jóvenes que padecen obesidad y conociendo algunos de los factores más importantes para su presencia, como las conductas de riesgo, se considero que los jóvenes universitarios forman parte de la población en peligro; esto se puede constatar con el reporte de obesidad que se observó en el Examen Médico Automatizado aplicado a los estudiantes universitarios de nuevo ingreso a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala FESI, en una muestra de 2350 jóvenes universitarios el 40% de la población presenta obesidad. Dejando ver que algunos de los patrones conductuales que siguen estos jóvenes pueden estar presentes al ingresar a la carrera o desarrollarse a lo largo de ésta, ya sea por los cambios sociales (influencia de amigos, alimentación, familia, etc.), necesidades económicas (gastos, prioridades, búsqueda de empleo, renta de vivienda en algunos casos) o culturales (creencias, hábitos y tradiciones que se tengan en el hogar y la escuela); esto se ve reflejado en las conductas que adopta el estudiante ya que algunas veces no es capaz de identificar los patógenos conductuales que está llevando a cabo y que no son funcionales para su bienestar físico y emocional.

Con lo anterior se puede inferir que para que haya un cambio significativo en la sociedad, es indispensable promover la identificación de patógenos conductuales en los jóvenes universitarios, en este caso estudiantes de la FESI y así poder mejorar la condición de vida realizando cambios latentes en el desarrollo personal y/o profesional del individuo, ya que algunas veces éstos se ven afectados por los hábitos o patrones conductuales. Por lo tanto, para que haya un cambio realmente significativo en la salud de los estudiantes y se de la identificación de patógenos conductuales por ellos mismos y dado que la interacción personal con cada individuo sería complicada y lenta, se trató en este caso de abordar una gran población derivada del proyecto de investigación realizado en la Facultad, que tuvo como primera fase la evaluación de los estudiantes de nuevo ingreso con la finalidad de conocer el perfil psicológico y social de la población con la cual se estaría trabajando, esperando causar un gran impacto en los estudiantes utilizando como estrategia de intervención comunitaria una estrategia de intervención específica que en este caso es el modelo de marketing social que tiene como característica influir en la conducta voluntaria de los miembros de una comunidad manipulando estímulos externos novedosos que serán presentados a la población blanco como mensajes publicitarios, con la finalidad de

identificación y modificación de los hábitos alimenticios que se manifiestan orgánicamente en conductas patógenas que repercuten leve o crónicamente la salud de los estudiantes, que en su mayoría de las veces no creen que su salud se vea afectada o esté en peligro ya que en un principio no presentan ningún síntoma, como en el caso del sedentarismo o el estrés, por dar un ejemplo, que poco a poco se manifiesta ya sea con sobrepeso o con nódulos en el cuello; o en su defecto gastritis que es una enfermedad común entre los estudiantes que suele agravarse por la falta de atención médica.

Pareciera que una enfermedad crónica no se pudiera evitar por la enorme prevalencia que ésta sobre la población en general, pero reiterando, muchas de nuestras enfermedades dependen de las conductas que decidimos llevar a cabo, por las contingencias de nuestro ambiente y sobre todo por el control de estímulos sociales y físicos que se presentan en la vida diaria que sin darnos cuenta nos llevan a tomar decisiones respecto a las conductas de riesgo, influenciadas a su vez por el contexto social y los malos hábitos alimenticios. Sin embargo los jóvenes universitarios, estudiantes de la FESI, integrantes de carreras promotoras de la salud identificados por la población mexicana como líderes de opinión en cuanto a salud se refiere han descuidado su bienestar físico y emocional y aunque en la actualidad estos jóvenes se ven llenos de vitalidad y sobre todo con una vida saludable con el paso del tiempo los síntomas que no se presentan en este momento irán poco a poco saliendo y por lo tanto su salud como su credibilidad como profesionales de la salud se verán seriamente afectados. Bajo esta premisa la intervención que se propone en este estudio se torna como una herramienta importante para en un primer momento saber qué es lo que está afectando nuestra salud y de alguna manera modificar ciertas conductas poco saludables para que posteriormente la calidad de vida de los jóvenes universitarios se vea impactada positivamente; se pretende que esta intervención modifique las conductas de riesgo de los estudiantes mediante un control de estímulos que sea novedoso para la población con la finalidad de mediar la relación entre el individuo y el ambiente. Considerando la universidad como el mejor sitio para la promoción y cuidado de la salud de sus alumnos, en especial la Facultad de Estudios Superiores Iztacala la cual pertenecen el área de carreras biológicas y de la salud.

GLOSARIO

Áreas hipotalámicas ventromedial y dorsomedial. Sectores estimuladores e inhibidores que se encuentra en el hipotálamo (Mallo, 2008).

Cirugía bariátrica. Está denominación viene del griego “baros”, que significa peso y de “iatrein”, que significa tratamiento. Es decir, es el tratamiento de la obesidad por medio de cirugía (Baltasar, 2001).

Dismorfofobia o trastorno dismorfofobico corporal. Se caracteriza por mostrar una excesiva preocupación por uno o varios aspectos de apariencia física, que se consideran feos o deformados (Conejo, Moreno y Saiz, 2006).

Enfermedad de Cushing o Hiperadrenocorticismismo. Se da como resultado de un incremento en la secreción de cortisol por parte de las glándulas adrenales. Los signos clínicos característicos se producen como resultado de la concentración excesiva de glucocorticoides. El hiperadrenocorticismismo es mucho más frecuente en los perros que en los gatos. Los animales con enfermedad de Cushing suelen padecer también diabetes mellitus. (Glosario de diabetes Mellitus <http://www.caninsulin.es/glossary.asp> (Revisado el 4 de febrero del 2010).

Etiopatogénicos. La Etiopatogenia, de formación etimológica "(aiti- 'causa') + (path- 'padecimiento' o 'sentimiento') + (génea- 'nacimiento', 'proceso de formación')" es el origen o causa del desarrollo de una patología. El término Etiopatogénesis (Etiología + Patogénesis) hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad concreta (Diccionario de la Real Academia Española, 2010. <http://www.rae.es/rae.html> Revisado el 4 de febrero del 2010).

Hiperglucemia crónica. La hiperglucemia es el aumento de la concentración de glucosa en sangre por encima de los valores máximos normales, y no siempre se acompaña de síntomas. (Cornachione, s/a).

Hiperinsulinemia. Es un alto nivel de insulina en la sangre. (Cornachione, s/a).

Hiperlipidemia. Se refiere al exceso de lípidos, principalmente colesterol y/o triglicéridos, en la sangre. (Devlin, 1999).

Hipotiroidismo. Significa que la tiroides produce una cantidad menor a la normal de la hormona tiroidea. La tiroides es una glándula que se ubica en la parte frontal del cuello, está controla las reacciones químicas de las células, tejidos y órganos en general. (Sanders, 2004).

Hipoventilación alveolar. Consiste en una reducción del volumen minuto respiratorio. Debido a una alteración de los centros respiratorios reguladores, neuromusculares y/o alteraciones de las propiedades mecánicas de la pared torácica. (Tejeda, 2005).

Lipólisis. Es el proceso de descomposición de los lípidos alimentarios en ácidos grasos, esto en el transcurso de la digestión (Diccionario de la Real Academia Española, 2010. <http://www.rae.es/rae.html> Revisado el 4 de febrero del 2010).

Neurotransmisores. Son sustancias químicas que se almacenan en las células nerviosas del cerebro, y son liberadas al final de las terminaciones axonales de las neuronas durante la transmisión de un impulso a través de la sinapsis, esto como respuesta a determinadas condiciones fisiológicas normales o patológicas. (León-Carrión, 1995).

Receptores insulínicos IR o insulinresistencia. La IR se caracteriza por una respuesta defectuosa o anómala de la insulina en tejidos periféricos: músculo esquelético, hígado y tejido adiposo, donde no ejerce de forma adecuada sus acciones biológicas, condicionando como mecanismo de compensación un incremento en la secreción de insulina (Martínez Vall J. (s/a). Concepto de resistencia a la insulina. Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario. www.svpd.org/cursos/2006/EGHNA_4.pdf Revisado el 4 de febrero del 2010).

Vigorexia. Se puede considerar como la anorexia masculina, ya que se presenta en hombres que persiguen una silueta más delgada, sin embargo a diferencia de la anorexia este trastorno no trae consecuencias negativas a la salud, se considera trastorno por el aislamiento social que conlleva la cantidad de horas que el paciente pasa en el gimnasio. Este trastorno se caracteriza por la búsqueda de un cuerpo fornido y musculoso. (Muñoz y Martínez, 2007).

Referencia Bibliografica

- ✓ Álamo, A., González, A. y González, M. (2006). Obesidad. Guías Clínicas. Vol. 6 No. 24.
- ✓ Alustiza, E. y Aranceta, J. (2004). Prevención y tratamiento de la obesidad infantil en atención primaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. Vol.10, No.4, pp. 193-196.
- ✓ Avellaneda, A. y et. al. (2007). Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. Vol. 30 No. 2
- ✓ Baltasar, A. (2001). Obesidad y cirugía: como dejar de ser obeso. Aran Ediciones: Madrid.
- ✓ Barquín, M. (2002). La moderna salud pública. *Revista Médica del IMSS*, pp. 483-486.
- ✓ Bayardo. V. J. , Ontiveros, E. C. y Cárdenas, C. V. (2006). Salud Mental y Obesidad. *Investigación en Salud Universidad de Guadalajara*. Vol. 8, No. 2, pp.86-90.
- ✓ Bensimhon, D. K. y Donahue, M. P (2006). Papel de la actividad física en el tratamiento de la obesidad. *American Heart Journal*, Vol. 151, No. 3. Pp. 598-603.
- ✓ Biglan, A. y Smolkowski, K. (2000). The role of the community Psychologist in the 21st. Century. *Preventio & Treatment* 5
- ✓ Borja-Aburto, V. (1999). El desarrollo y la emergencia de un nuevo perfil epidemiológico. *Salud Pública de México* Vol. 41. No. 3
- ✓ Brannon, L. y Feist, J. (2001) *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo
- ✓ Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Capitulo 15 Obesidad y sobrepeso. España. Ed. Thomson Learning.
- ✓ Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. Colombia: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 18 No. 2. pp. 129-138.
- ✓ Calhoun, C. Y Solomon, C. (1989). ¿Qué es una emoción Lecturas clásicas de psicología filosófica. México: Fondo de Cultura Económica
- ✓ Cantú, C. y Moreno, D. (2007). Obesidad: una perspectiva epidemiológica y sociocultural. *Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública*. Vol. 8 No.4.
- ✓ Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*. Vol. 14, No. 1 y 2. pp. 3-15.
- ✓ Casas, G. R., Perea, G. J. & Hernández, R. A. (2005) Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en Estudiantes de Nivel Superior de Mty. U.A.N.L. Monterrey, N. L., México.

- ✓ Coleman, J. C.; Butcher, J. N. y Carson, R. C. (1988). *Psicología de la anormalidad y vida moderna*. México: Trillas.
- ✓ Colomer, R. C. y Alvarez, D. C. (2000). *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Masson: Barcelona.
- ✓ Conejo, G. A., Moreno, P. M. y Saiz, R. J. (2006). Complicaciones de la dismorfofobia. Descripción de un caso de automutilación. Hospital Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá Madrid.
- ✓ Cornachione, L. M. A. (s/a). *Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la adultez*. Brujas: Argentina.
- ✓ Cuevas, M. A. y Reyes, S. M. (2005). Lo ultimo en diagnostico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista Médica de Chile*. Vol. 133, pp. 713-722.
- ✓ Devlin, T. (1999). *Bioquímica: libro de texto con aplicaciones clínicas*. Reverte: Barcelona.
- ✓ Edelstein, F. (2005) Principales formulaciones del concepto de marketing, en *Del marketing comercial al marketing social*. Editorial Dunken, Buenos Aires. pp. 9-39
- ✓ Fausto, G. J., Valdez, L. R., Aldrate, R. M. y López, Z. M.C (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en Salud*. Vol.8, No.2. pp. 91-95.
- ✓ Fernández, C. J. (1993). *Psicología básica y salud*. Cabales de Psicología. Vol.9, No.2, pp. 121-131.
- ✓ Flores, L. (2004). *Psicología de la salud*. Unidad de de investigación. Departamento de Psicología. Colombia: Psicología científica.
- ✓ Forero, S. J.A. (2002). El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. *Revista Hacia la Promocion de la Salud*. No. 7. pp. 1-23
- ✓ Gaete, Harcha, Kuhne, Leiva, Vergara y Yañez. (2001). Hacia una teoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. *Revista de psicología*. 10 (1), 97-110.
- ✓ García, G.J.J. (2002). Panorama de la mortalidad en el adulto mayor en México. *Rev Fac Med UNAM*, 2002; 42:35-36.
- ✓ García, U. S. (2008). *Difusión de las Innovaciones*. The free press. New York.
- ✓ Gil-Roales, J. (2004) *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- ✓ Guerra, F. J., Valdez, L. R. M., Aldrete, R. M.G. y López Z. M. C. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Medigraphic artemisa*. Vol.3, No. 2.
- ✓ Guerrero, B. E. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. *Revista de educación*. No.3, pp. 49-70.

- ✓ Hernan, C. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Colombia Médica. Corporación editora Médica del Valle. Vol. 33. No. 2 pp. 72-80.
- ✓ Hernández, A. A. (2007). Obesidad Infantil y riesgo de diabetes mellitus. *Nutrición Hoy*. Vol.3, No.2, pp. 5-9
- ✓ Hernández, J. S. (2004). Fisiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*. Vol.140, No. 2. pp. 27-31
- ✓ Kazdin, A. E. (1989). La modificación cognitiva de la conducta y el autocontrol. En Historia de la modificación de la conducta. España: Desclée de Brouwer. Capítulo 9.
- ✓ Kazdin, A. El (1983). Historia de la modificación de la conducta. España. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- ✓ Kuri, P. (2007). Impacto de los estudios longitudinales en la práctica de la salud pública. Revista salud pública de México año/Vol. 49, Instituto nacional de salud pública, México.
- ✓ Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. México. Martínez Roca.
- ✓ Lemos, S. y Fernandez, J. (1990). Redes de soporte social y salud. Universidad de Oviedo: Psicothema Vol. 2 No. 2 pp. 113-135.
- ✓ León, J. y et. al. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En: Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona: UOC.
- ✓ León-Carrión. J. (1995). Manual de neuropsicología humana. Siglo XXI: Madrid.
- ✓ López, T. M. (1997). Obesidad y calidad de vida. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada.
- ✓ Maibach, E., Rothschild, M. y Develli, W. (2002). Social Marketing. En Glanz, K., Rimer, B. y Lewis, F. (Ed.). Health behavior and health education. Theory, research and practice. USA: Jorsey-Bass. pp 437-461.
- ✓ Mallo F. (2008). El Hipotalamo. Universidad de Vigo.
- ✓ Marcus, F. (2002). Perspectives on models of interpersonal health behavior. En Glanz, K., Rimer, B. y Lewis, F. (Ed.). Health behavior and health education. Theory, research and practice. USA: Jorsey-Bass. pp.265-273.
- ✓ Martí, A. y Martínez A. J. (2002). La leptina y la regulación del peso corporal. Depto. De Fisiologia y Nutrición. Universidad de Navarra.
- ✓ Mataix, V. J. (2002). Nutrición y alimentación humana. Vol. II, Situaciones Fisiológicas y patológicas. Madrid: Ergon.
- ✓ Matarazzo, J. (1995). Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. Psicología Contemporánea. Pp. 16-31.
- ✓ McAlister, A., Perry, Ch. Y Parcel, G. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact. Social Cognitive Theory. En Glanz, K., Rimer, B.,

- Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education. Theory, research and practice. USA: Jorsey-Bass. pp. 65-96.
- ✓ McQuail, D. (1983) "Introducción a la teoría de la comunicación de masas". Paidós. Barcelona. Pp.21
 - ✓ Medieta, M. y Gómez, (2001). Potenciación en la intervención comunitaria. Intervención Psicosocial. Vol. 10 No. 1 pp. 55-69.
 - ✓ Mikler, M. y Wallerstein, N. (2002). Improving health through community organization and community building. En Glanz, K., Rimer, B. y Lewis, F. (Ed.). Health behavior and health education. Theory, research and practice. USA: Jorsey-Bass. pp. 275-277.
 - ✓ Montaña, D. y Kasprzyk (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and integrated behavioral model. En Glanz, K., Rimer, B., Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education. Theory, research and practice. USA: Jorsey-Bass. pp. 65-96.
 - ✓ Moreno, E. B. y Zugasti, M. A. (2004). Cirugía Bariátrica: situación actual. Revista de Medicina Universidad Navarra. Vol. 48, No. 2. pp. 66-71
 - ✓ Muñoz, C. M. (2003). Obesidad: tratamiento y prevención. Sección de Endocrinología. Hospital de Jesús.
 - ✓ Muñoz. R. y Martínez. A. (2007) "Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria?" Trastornos de la Conducta Alimentaria. Vol. 5.
 - ✓ Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Tomson Learning.
 - ✓ Ogden, J. (2005). Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimentarios. Madrid: Morata.
 - ✓ Parra, C., S. y et. al. (1999). Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como un problema de salud pública. Rev. Saúde Pública, Vol. 33 No.3.
 - ✓ Piedrola, G. y et. al. (1991). Medicina Preventiva y Salud pública. Barcelona: Científicas y técnicas
 - ✓ Prochaska, J., Redding, C. y Evers, K. (2008). The transtheoretical model and stages of change. En Glanz, K., Rimer, B., Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education. Theory, research and practice. USA: Jorsey-Bass. pp. 97-121.
 - ✓ Prochaska, J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. Health Psychology, 13. pp. 47-51.
 - ✓ Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more interrogative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19 (3) pp. 276-287.
 - ✓ Raich, R.M., Sánchez Carracedo, D. y Mora, M (2003). Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad.

- Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud. Alianza Editorial: Madrid. pp. 239-278.
- ✓ Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2000). Salud, psicología y psicología de la salud. En: Revista psicología y ciencia social. UNAM Campus Iztacala. Vol. 4 No. 1 pp. 45-51.
 - ✓ Ribes, E. (1990). El ámbito psicológico de la salud. En: Psicología y Salud: Un análisis conceptual. España: Martínez Roca. p.p. 15-35.
 - ✓ Rimer, B. (2002). Perspectives in intrapersonal theories of health behavior. En Glanz, K., Rimer, B., Lewis, F. (Ed.). Health behavior and health education. Theory, research and practice. USA: Jorsey-Bass. pp. 144-159.
 - ✓ Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En: L. Oblitas (Ed.) Psicología de la salud y calidad de vida (pp. 249-275). Meico: Thomson
 - ✓ Rodríguez, L. (2002). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. Psicología y Ciencia Social. 11-19
 - ✓ Romero, E. C. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista de Uruguay Cardiovascular*. Vol. 22, pp. 16-32
 - ✓ Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8. p.p. 171-183.
 - ✓ Sanabria, F. P. A., González, Q. L. y Urrego, M. D. (2007) Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista médica, Universidad Militar Nueva Granada*. Bogotá, Colombia. Vol. 15 No. 02. Pp. 207-217.
 - ✓ Sanders, S. (2004). Lo esencial en el sistema endocrino y aparato reproductor. Elsevier: España.
 - ✓ Secretaría de Salud (2006). Salud: México 2001•2005. Información para la rendición de cuentas. México. pp. 154.
 - ✓ Tejeda, A. M. (2005). El paciente agudo grave: Instrumentos diagnósticos y terapéuticos. Masson: Barcelona.
 - ✓ Villaroel, V.P.E., Bastías, A., Cabrera, P. y Guzmán, A. (2001). Contextualización biopsicosocial de la obesidad infantil en Chile: un campo emergente de intervención de la psicología. *Psicología y Salud*. No.1, Vol.11.
 - ✓ Vinaccia, E. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas Psicológicas, Medellín*. Vol. 1 No. 2 pp. 125-137
 - ✓ Werner, R. y et. al. (2002). La Psicología de la salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 2 No. 1 pp. 153-172.

- ✓ Zarate, A., Basurto, A. L. y Saucedo, G. R. (2001). La obesidad: conceptos actuales sobre Fisiopatogenia y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina. UNAM*. Vol. 44, No.2, pp. 66-71

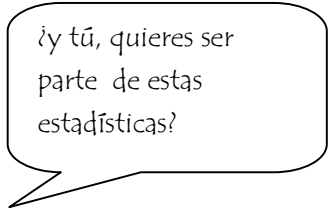
Referencias electrónicas

- ✓ Arrivillaga, M. et. al. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia: Corporación Editora Médica Valle. *Revista Colombia Médica*. Vol. 34 No. 4. pp. 186-195 <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/creencias.pdf> (Revisado el 17 dic. 2008).
- ✓ Diccionario de la Real Academia Española, 2010. <http://www.rae.es/rae.html> (Revisado el 4 de febrero del 2010).
- ✓ Flores-Alarcón, L. y Carranza, W. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Colombia: Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 25(2) pp. 63-82. http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25N2/05_EntrevistaMot_aplVol25N2.pdf
- ✓ Glosario de diabetes Mellitus <http://www.caninsulin.es/glossary.asp> (Revisado el 4 de febrero del 2010).
- ✓ <http://blog.laiveesvida.com/2009/03/20/cuantas-calorias-tiene-la-comida-chatarra/> (recuperado el día 8 de octubre del 2009)
- ✓ <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/habitantes.aspx> (Revisado el 24 septiembre del 2009).
- ✓ <http://obesidadinfantil.consumer.es/web/es/desayuno/1.php> (revisado el día 30 de noviembre 2009)
- ✓ http://obesidadinfantil.consumer.es/web/es/falsos_mitos/1.php (Revisado el día 27 de noviembre)
- ✓ <http://wiki.biensimple.com/display/salud/Tips+para+prevenir+la+obesidad> (Revisado el día 6 de noviembre 2009)
- ✓ <http://www.dgepi.salud.gob.mx/> recuperado el día 16 de septiembre del 2009
- ✓ <http://www.eufic.org/index/es/> (revisado el día 4 de noviembre 2009)
- ✓ http://www.euroresidentes.com/Alimentos/calorias/quemar_calorias.htm (Revisado el día 13 de Octubre del 2009)
- ✓ http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_14.pdf (Revisado el día 20 de diciembre 2009)
- ✓ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>.

- ✓ <http://www.trabajosocial.unam.mx/dirs/Publici/obesosexo.pdf> (revisado el 01 de Noviembre 2009)
- ✓ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> (recuperado el día 27 de Octubre del 2009)
- ✓ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> (revisado el día 10 de octubre 2009)
- ✓ http://www.who.int/topics/mental_health/es/ revisado el 20 de noviembre del 2009
- ✓ Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. En red <http://www.inegi.gob.mx> (recuperado en día 18 julio 2008)
- ✓ López, J. y González-García, L. (2001). Enfermedades asociadas a la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 9 No. 2. Pp. 77-85. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-endoc/e-er2001/e-er01-2/em-er012g.htm>
- ✓ Rubio, D. y Restrepo, M. (2004). Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. Colombia: Revista Colombiana de Psicología. No. 13. pp. 102-112. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80401311.pdf>
- ✓ Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Córdoba: Posgrado de obesidad. pp. 1-37. <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>
- ✓ Soto, F. y et. al. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del Sida. España: Revista Española de Salud Pública. Vol. 71. No.4. pp. 335-31. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271997000400002&script=sci_arttext (Revisado el 17 dic. 2008).
- ✓ Valencia-Flores, M. et. al., (2001). Apnea del sueño en el paciente obeso. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 9 No. 2. Pp. 97-102. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=3096&id_seccion=349&id_ejemplar=353&id_revista=23
- ✓ Vall J. (s/a). Concepto de resistencia a la insulina. Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario. www.svpd.org/cursos/2006/EGHNA_4.pdf (Revisado el 4 de febrero del 2010).

ANEXOS

¿Sabías que... La OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad?



¿y tú, quieres ser parte de estas estadísticas?

¿Sabías que... La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías?

El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

- La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos, ricos en grasas y azúcares.
-
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

¿Sabías que...La obesidad, el sobrepeso y las enfermedades relacionadas con ellos son en gran medida evitables?

Sí, a nivel individual, las personas pueden:

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.
- Reducir la ingesta de calorías procedentes de las grasas y cambiar del consumo de grasas saturadas al de grasas insaturadas.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, granos integrales y frutos secos.
- Reducir la ingesta de azúcares.
- Aumentar la actividad física (al menos 30 minutos de actividad física regular).

¿Sabías que... el padecer sobrepeso u obesidad podría traer consecuencias negativas en tu desarrollo y reproducción sexual?

Se ha encontrado que las chicas con obesidad o sobre peso presentan una concentración elevada de testosterona. Un exceso de esta hormona puede interferir con la ovulación trayendo como consecuencias:

- *Ausencia de la menstruación
- *Alteraciones en los ciclos menstruales
- *Presencia de calvicie propia de los varones
- *Crecimiento de vello corporal
- *Empeoramiento del acné
- *En algunos casos infertilidad

Los chicos que presentan obesidad o sobre peso se presenta el aumento de los tejidos grasos que es donde se da la transformación de la testosterona periférica en estrógenos, lo cual genera:

- *Cambios en el tamaño del pene y los testículos
- *Distribución del vello en el cuerpo
- *Reducción en el vigor para mantener relaciones sexuales.
- *Disfunción eréctil.

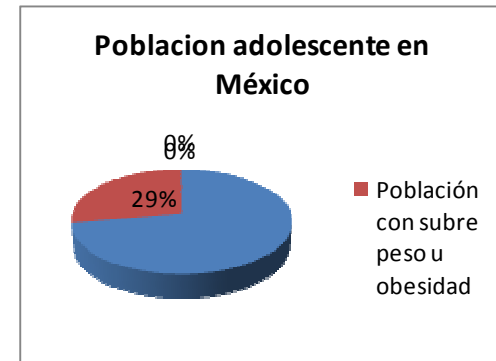
Fuente:

<http://www.trabajosocial.unam.mx/dirs/Publici/obesosexo.pdf>
consultado el día 01 de Noviembre 2009

¿Sabías que...

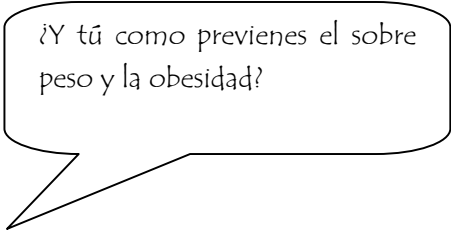
La obesidad fue etiquetada como epidemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1998, debido a que el nivel global existe más de un billón de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de estos son obesos?

¿Sabías que... en México, 10.5 millones de habitantes son **adolescentes** de los cuales aproximadamente el **29 %** presentan algún grado de **sobrepeso u obesidad**, siendo la mayor prevalencia para el sexo femenino.



¿Sabías que una forma fácil y efectiva de prevenir el sobre peso u obesidad es realizando ejercicio?

| Actividad Física | Calorías quemadas por media hora |
|-------------------------|----------------------------------|
| Aerobics | 178 |
| Baloncesto | 258 |
| Bicicleta | 150 |
| Conducir un auto | 50 |
| Hacer tareas domesticas | 75-125 |
| Patinar sobre ruedas | 315 |
| Correr | 325 |
| Sentarse | 50 |
| Bajar escaleras | 210 |
| Subir escaleras | 300-500 |
| Nadar | 250 |
| Mirar TV | 50 |
| Caminata rápida | 180-230 |
| Camita lenta | 75-150 |



¿Y tú como previenes el sobre peso y la obesidad?

Fuente:

http://www.euroresidentes.com/Alimentos/calorias/quemar_calorias.htm (recuperado el día 13 de Octubre del 2009)

¿Sabías que la obesidad puede traer como consecuencia más de 6 enfermedades crónicas?

Así es entre las más importantes están:

- La Diabetes
- Hipertensión arterial
- Síndrome Metabólico
- Enfermedades cardiovasculares.
- Algunos tipos de cáncer

¿Sabías que el alcohol contiene calorías?

| BEBIDAS ALCOHÓLICAS | Kcal./100 ml | OBSERVACIONES |
|---------------------|--------------|------------------------------------------|
| Aguardiente | 231 | 1 copa son 200ml. (462 Kcal.) |
| Cerveza | 101 | 1 jarra son 240 ml. (242.4 Kcal.) |
| Cava | 85 | 1 copa 100 ml |
| Sidra | 50 | 1 copa (100 Kcal.) |
| Coñac | 125 | 1 copa son 100 Kcal. |
| Rón | 110 | 1 copa son 50 ml. (55 Kcal.) |
| Vermut dulce | 50 | 1 copa son 35 ml. (17.5 Kcal.) |
| Vermut seco | 40 | 1 copa son 40 ml. (16 Kcal.) |
| Vino blanco | 85 | 1 copa son 100 ml. |
| Vino rosado | 74 | 1 copa son 100 ml. |
| Vino tinto | 65 | 1 copa son 100 ml. |
| Vodka | 72 | 1 copa son 60 ml. (43.2 Kcal.) |
| Whisky | 240 | 1 copa son 100 ml. |

Sí, una caguama que contiene 940 ml es igual a 949.4 Kcal. Lo que equivale a 9 bolillos con migajón. ¡Increíble, no?

<http://wiki.biensimple.com/display/salud/Tips+para+prevenir+la+obesidad>

¿Sabes cuántas calorías tiene una hamburguesa?

Una hamburguesa sencilla sin mayonesa en el pan acompañada de papas a la francesa sin queso equivale a 1000 Kcal. Aproximadamente

¿Tú sabes que es la obesidad?

La obesidad es definida como una enfermedad crónica compleja y multifactorial. Esta se establece, principalmente por el desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, lo que trae por consecuencia una excesiva acumulación de grasa corporal.

**¿Sabías que el desayunar te ayuda a mantener tu peso, además de ser la comida más
Importante del día?**

Increíble, ¿no? Así es el desayuno es la comida más importante del día ya que después de 10 o 12 horas durmiendo y sin consumo de alimento, nuestro cuerpo necesita energía para poder funcionar al 100%. Además de que al realizar un buen desayuno evitas tener hambre durante la mañana y que consumas alimentos chatarras como galletitas, chokolatitos entre otros.

¿Es verdad que el pan me engorda?

¿Tú que crees? El pan es rico en hidratos de carbono, es el nutriente que el cuerpo necesita en mayor cantidad, un gramo de pan aporta solo 4 calorías.

Sin embargo es la combinación que hacemos con el pan lo que hace que subamos de peso, los acompañantes altos en azúcares o grasas como la mantequilla, mermelada, chocolate, etc.