

# 1. Trabajos de difusión en investigación

## Tipos de obesidad en mujeres y hombres desde la psicología cognitivo conductual

*Pensarse delgado, no quita lo obeso*  
Celestina Pérez, 2017

### RESUMEN

La participación de los prestadores de Servicio Social en actividades multidisciplinarias ha generado el vínculo fundamental del aprendizaje en las aulas a su aplicación en el entorno real y sus circunstancias socio-culturales del país. El programa de psicología en la Obesidad, ha conducido a los estudiantes a actividades teórico-prácticas con población obesa, en sus condiciones naturales y en población clínica. Interactuando con profesionales de otras disciplinas (enfermería, medicina o trabajo social), los psicólogos ponen en práctica sus habilidades en temas de lo social, clínico o educativo, en el campo preponderantemente biológico. Lo orgánico que no se ve, pero se siente; que no se explora físicamente, pero sí mentalmente; que se piensa de diferente manera de cómo se observa, de la tranquilidad del obeso frente al pánico de su médico por su riesgo en salud; o de la prisa por adelgazar para entrar en el vestido de la próxima fiesta. El prisma de la obesidad ha sido abordado bajo la perspectiva cognitivo conductual por la responsable de este programa de Servicio Social que inicia su generación 26 en la FES Zaragoza y en la DGOAE, UNAM, en un recorrido multidisciplinario con enfoque integral, donde la obesidad es persona, biología y cultura. El presente trabajo, muestra el abordaje psicológico de la obesidad el servicio social de obesidad cognitivo conductual.

### INTRODUCCIÓN

Una de los principales problemas de salud pública es la presencia de obesidad en la población mexicana, considerada como un factor causal de enfermedades degenerativas que originan muerte temprana. El avance de las ciencias, tanto médicas como del comportamiento ha permitido la consideración de la obesidad y sus implicaciones, de un problema individual de salud a un aspecto concerniente al campo de la salud pública. Esta problemática en muchas ocasiones causa por sí mismo otros trastornos (físicos y psicológicos) asociados a una serie de manifestaciones fisiopatológicas como diabetes, arteriosclerosis y sus consecuencias, hipertensión arterial, enfermedades renales, gota, litiasis vesicular, artritis degenerativa, enfisema pulmonar y diversos padecimientos venosos entre otros (Zierold & González, 1995).

Aunque aparentemente la consideración de la importancia del tratamiento de la obesidad desde la perspectiva salud-enfermedad ha adquirido atención hasta hace pocas décadas y no se cuenta con un dato histórico exacto de su aparición, los primeros

escritos acerca de los riesgos de la salud humana relacionados con la obesidad, se localizan en los libros médicos de los textos grecorromanos, Hipócrates determinaba que la muerte súbita es más común en las personas es que son naturalmente obesas que en las que no lo son. También a él se le atribuye el primer tratamiento de la misma (Salgado, 1994).

En la actualidad, al hablar de salud, salvar la vida de los enfermos, no significa dar ventaja suficiente, esta debe acompañarse de la recuperación somática, psicológica y de la productividad e integración del individuo a la sociedad (OMS, 1974).

En 2014 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emite el plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas para el periodo 2013–2019, donde el sobrepeso, la obesidad, la depresión y la demencia, entre otras, son comorbilidades que comprometen aún más la calidad de vida de las personas e incrementan la complejidad del problema en salud pública. Para prevenir la obesidad proponen promover la vida activa a fin de propiciar salud y bienestar, a través de la implementación de intervenciones eficaces, basadas en la evidencia y costo-beneficio.

En 2016, la Salud mental es definida por la OMS como a: salud y b: algo más que... La conceptualización integral es: *La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.*

La protección a la salud mental es prioridad de toda la sociedad y en particular de los profesionales formados en las áreas clínicas y de la salud. Atender problemas de índole crónica implica una evaluación multidisciplinaria al lado de colegas de otras disciplinas. También proporcionar atención a los casos emergentes dados por situaciones adversas e inesperadas que tienen consecuencias para la salud física y mental (OMS, 2017)

A pesar de estas acciones, la obesidad es un problema grave que se está incrementando sobre todo en países altamente desarrollados, es un trastorno que se puede producir en ambos sexos, aunque su prevalencia en uno y otro va de acuerdo con la edad, apareciendo tanto en la infancia como en la adolescencia y en la edad adulta; Asociada a factores como la clase social, siendo su prevalencia mayor en la clase baja, y en algunos grupos étnicos.

Los distintos estudios realizados, fundamentalmente en países anglosajones señalan que aproximadamente: del 30% al 50% de la población general, es obesa, porcentaje que sigue incrementándose sobre todo en países desarrollados (Saldaña y Rosell, 1988)

### Concepto de Obesidad

Desde el punto de vista médico, independientemente de su etiología, la obesidad se define como un estado físico en el cual es excesiva la cantidad de grasa almacenada en el organismo (Berea, 1963). Se trata de un caso de desequilibrio entre la ingestión y el desgaste energético, donde, en general, se ingiere más alimento que el necesario para sostener los gastos calóricos a consecuencia de una alteración del apetito.

El mecanismo homeostático que determina el apetito y la saciedad se centra en el hipotálamo, que estimula o inhibe el deseo de consumir alimento. La fluctuación en la concentración de glucosa en los fluidos de los tejidos del hipotálamo determinan las sensaciones de hambre-saciedad. Este mecanismo biológico es el que hace persistir la conducta de ingesta que, en el caso de ser excesiva, deriva en la acumulación de energía en forma de Tejido adiposo.

Para que exista un cúmulo de reservas energéticas los sustratos energéticos deben llegar al organismo mediante los alimentos. La forma más económica y cómoda de almacenar estos sustratos es en forma de grasa, y de la cantidad de grasa almacenada dependerá el equilibrio que se establezca entre el aporte de sustratos y el gasto energético requerido.

En la obesidad de tipo metabólico, existe un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética. Este desequilibrio es producido, bien por un exceso de ingesta alimentaria, o bien por un descenso en el gasto energético (Mc Lauren & Maguid, 1981)

La causa más frecuente de obesidad humana es precisamente la sobre-ingesta, aunque, también puede ser secundaria a alguna enfermedad endocrina como en el hipotiroidismo y el síndrome de Cushing, o puede ser derivada de hipogonadismo primario o síndrome ovario poliquístico.

También existe la posibilidad de lesiones hipotalámicas que hayan desencadenado la obesidad o que esta se halle asociada a algunos síndromes genéticos (Saldaña y Rossel, 1998).

### Clasificación

Existen diversos sistemas o formas de clasificar la obesidad. En función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o también según su etiología (Salgado, 1994).

*De acuerdo con los rasgos morfológicos:*

- Obesidad hipertrófica  
Se caracteriza porque aumenta el contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas.

- Obesidad Hiperplásica  
El aumento del número de las células que puede acompañarse o no de un aumento del contenido lipídico.

El primer tipo se manifiesta en la edad adulta, mientras que el segundo tiene su génesis durante la infancia.

*De acuerdo a la distribución corporal de grasa:*

- Androide (tipo manzana)  
Predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo.  
Más frecuente en hombres.
- Ginecoide (tipo pera)  
Predominio en la mitad inferior del cuerpo.  
Más frecuente en mujeres.
- Mixta: Localización generalizada (tipo sandía) (Guillén-Riebeling, 2016).

*De acuerdo a la edad de inicio:*

- Obesidad infantil  
Antes de la adolescencia
- Obesidad adulta  
Después de la adolescencia

### Alteraciones biológicas y enfermedades asociadas a la obesidad

En la obesidad, existe una tendencia exagerada del organismo a almacenar reservas energéticas. Estas se almacenan en forma de grasas.

En la obesidad, especialmente en las primeras fases, la incorporación de glucosa y su metabolización en el tejido están aumentadas. Con ello se produce una mayor cantidad de glicerofosfato y también de ácidos grasos, los dos sustratos básicos para la síntesis de triglicéridos.

Teóricamente los alimentos tienen un equivalente energético igual para todo el mundo, se supone que aquellas personas que comen mucho y no engordan gastan más energía que los obesos.

El gasto energético del organismo es debido, por una parte, a las necesidades energéticas para el mantenimiento de los procesos vitales básicos; por otra parte, es debido a la energía consumida en la realización del ejercicio físico y también a la energía que inevitablemente se pierde en forma de calor. Según Hegsted (en Saldaña y Rossell, 1988), las necesidades energéticas pueden ser emitidas sumando los diferentes factores que producen el gasto energético.

Dentro de las alteraciones hormonales que se presentan en la obesidad se encuentra la hiperinsulinemia, concentraciones sanguíneas de insulina 2,3 o incluso 10 veces por encima de lo normal, una mayor incorporación de glucosa y ácidos grasos al adipocito y consecuentemente, un aumento de la síntesis de triglicéridos en las células del tejido adiposo.

### *Otras alteraciones:*

Aumento de cortisol, obliga a establecer el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Cushing., La causa de esta parece ser una aceleración del metabolismo periférico del cortisol.

Hormonas tiroideas. La mayoría de estudios coinciden en que las concentraciones plasmáticas de T3 y T4 son normales en los obesos. En algunos casos se han detectado elevación en los valores de T3 que parecen ser debidas a una ingesta muy abundante.

Hormona del crecimiento. La secreción de hormonas de crecimiento en respuesta a diferentes estímulos es subnormal en la obesidad, los niveles inferiores de esta hormona se relacionan con menores densidades de colesterol tipos LDL y HDL, que supone riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares.

Andrógenos. Concentraciones plasmáticas de testosterona bajas. Disminución de la libido e impotencia suelen concentrarse en los varones muy obesos. Parece ser que la disminución en la concentración sanguínea de esta hormona es debida a que existe menos proteína transportadora en los obesos siendo normal la proporción de hormona libre.

Estrógenos. La concentración plasmática de estrógenos se encuentran considerablemente elevadas en hombres obesos, y también existe evidencia de un hiperestrogenismo en las mujeres obesas.

Probable consecuencia de las alteraciones metabólicas que se han descrito en la obesidad son las enfermedades que aparecen afectando diferentes vías o aspectos metabólicos, son la diabetes tipo II, la hiperlipidemia. Además, su prevalencia varía de acuerdo con otros factores como el nivel socioeconómico, pobreza y algunos grupos de población.

### **Aspectos psicológicos de la obesidad**

Actualmente se concede gran importancia a los problemas psicológicos como posibles factores causales de la obesidad. Algunos estudios son los siguientes:

El primer estudio en México sobre dichos factores como causa probable de la obesidad, fue elaborado por Berea (1983), en el cual se relaciona la frustración emocional y la obesidad simple o alimenticia. Berea encontró que a obesidad que no obedece a causas orgánicas endógenas en la mayoría de los sujetos estudiados tiene un origen psicológico específicamente de frustración emocional, que surge principalmente en el ambiente familiar y social de los sujetos; y que se manifiesta en forma de ansiedad que ellos trataron de aliviar mediante el mecanismo compensador de la alimentación

Por lo que respecta a trabajos de investigación en extranjero sobre los orígenes psicossomáticos de la obesidad se pueden mencionar los realizados en Estados Unidos de Norteamérica por Bruch (en Berea, 1983), sobre la correlación que existe entre la inseguridad económica y la obesidad. En este estudio se sostiene que las familias cuyas condiciones económicas no

son estables, y que aun sin llegar a la pobres a están limitadas, tienden a criar niños obesos a causa de que el miedo a no tener suficiente que comer en el futuro los impulsa a una alimentación excesiva. Comen todo lo que tienen a la mano, que generalmente es barato y de alto contenido calórico.

El tratamiento del programa Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual, persigue básicamente la reducción del contenido adiposo del sujeto obeso mediante la modificación de los hábitos alimenticios y con la identificación de los factores psicológicos asociados con la condición física de la persona.

Generalmente se considera que las personas obesas tienen déficit de autocontrol, por lo que los regímenes para bajar de peso resultan difíciles para ellas, esto les provoca un alto nivel de ansiedad, que en ocasiones se contrarresta con la conducta que se pretende eliminar; la de ingesta (Mahoney y Mahoney, 1981; Hollis, 1991)

Baja la explicación psicológica de la corriente cognitivo-conductual la mayoría de cadenas conductuales de la conducta de ingesta se inician como respuesta a estados emocionales negativos tales como aburrimiento, cansancio, depresión, ansiedad o frustración, que provocan estados de excitación en el organismo en los que éste pierde su equilibrio a causa de la falta de satisfacción de las necesidades físicas o psicológicas (Berea, 1963; Hollis, 1991; Mahoney y Mahoney, 1981)

Por su parte, Toro y Vilardell (1987), resumen la tesis de Strober acerca de la relación existente entre Obesidad, emoción y estrés. Su tesis se basa en diversos estudios animales y humanos demostrativos de 2 posibles explicaciones de la obesidad. Una se refiere a que los hechos aversivos o inductores de estrés incrementan significativamente el consumo de alimentos. Formulando que la sobre-ingesta o bulimia es un efecto secundario de una serie de desviación de los sistemas monoamínico, suprarrenal o neuroléptico, precipitadas por el estrés y que estimulan la conducta de consumo alimentario.

En 2004, Strober enfatiza la importancia del estudio de los trastornos de la conducta alimentaria por el alto grado de comorbilidad y mortalidad asociadas.

La otra explicación está relacionada a las respuestas emocionales y cognitivamente debilitantes de los estresantes, es decir, la experimentación repetida de situaciones aversivas puede dar lugar a un estado de indefensión aprendida, dando como consecuencia de tal estado la existencia y manifestación de descontrol conductual.

Crear en la actualidad que los factores emotivos y osteológicos sean el origen de trastornos psicofisiológicos típicos, estos problemas aparecen como resultado de múltiples causas, biológicas, psicológicas y sociales. El análisis de estas complejas interacciones es una tarea esencial. Una creencia generalizada hoy en día supone que los trastornos psicofisiológicos son la expresión del estilo de vida del individuo, de su manera de afrontar las situaciones de ansiedad y los conflictos. Bajo esta perspectiva, el manejo de la obesidad desde un punto de vista psicológico e integral se hace necesario.

## Objetivos específicos, del programa obesidad

- Atención a los pacientes obesos, asistentes a la FES Zaragoza UNAM y a la Dirección General de Orientación y Atención Educativa (DGOAE), UNAM.
- Fortalecimiento de acciones de promoción a la salud en el paciente obeso que formen parte de la historia natural de la enfermedad (obesidad)
- Impulsar la importancia del tratamiento multidisciplinario y multiprofesional en el paciente obeso.
- Llevar a cabo la prevención de la obesidad a través de estrategias psicológicas, bajo los criterios cognitivo-conductuales

## Metas

- La reducción de sobrepeso corporal.
- Establecimiento del peso homeostático.
- Mantenimiento del peso corporal con manejo de factores psicológicos asociados.
- Atención emocional bajo el marco cognitivo conductual.
- Desarrollar acciones que permitan el desarrollo de habilidades en el manejo terapéutico.
- Integración a un equipo multidisciplinario que permita el óptimo desarrollo de la atención.

## DESARROLLO

Se aplicaron los lineamientos de programa Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual para el paciente obeso a través de integración del expediente con instrumentos de evaluación psicológica ERIC-PSIC (Guillén-Riebeling, 2007); una batería de pruebas psicológicas y registros de consultas. La atención individual se llevó a cabo en 28 pacientes, 25 mujeres y 3 hombres con índice de masa corporal superior a 30, adultos con rango de edad mayor a 18 años (Cuadro 1). A lo largo de 6 meses de trabajo se les dio atención en un total de 110 consultas. Se cubrieron los objetivos y las metas propuestas, como colaboración con otros prestadores de Servicio Social de las carreras de Medicina, Odontología y Enfermería, para la atención integral de los pacientes, la integración de expedientes, campañas de prevención y la revisión bibliográfica de temas como entrevista psicológica, nutrición, deporte y enfermedades crónicas degenerativas.

## RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos de la atención de los pacientes. Como punto inicial fue el cuidado a la salud de los pacientes con la consecuente reducción de peso corporal, lo que se logró en el 59% de ellos; el 10.77% mantuvo su peso inicial y el 7%, presento un aumento. El 32.8% sin resultados (tablas 1, 2, 3 y 4). En el cuadro 2 se encuentra los porcentajes y los tipos de obesidad de los pacientes. El tipo de obesidad hiperplásica resulto ser la más frecuente dentro del grupo de pacientes tratados, lo que indica la presencia de obesidad desde edades tempranas en estos. La Obesidad en la edad adulta se presentó en la población femenina, se manifiesta a partir del primer embarazo y aquellos pacientes que presentan obesidad infantil provienen de familias obesas.

En cuanto a la distribución de pacientes por edad, se encontró, que la obesidad no es privativa de un rango o de edad específico, aunque el porcentaje mayor se ubica en los pacientes cuyas edades fluctúan entre los 30 y 40 años de edad. Para el paciente obeso, la decisión de someterse a tratamiento de control de peso, se ve determinada por un sin número de factores, de los cuales destacan la presión familiar y social, el deseo de lograr una apariencia estética y aquellos relacionados con su salud.

En los datos obtenidos de la población atendida se identificó que el 18.2% se somete a tratamiento por presión social, el 10.7% debido a razones estéticas y el 71.4% restante por cuestiones relacionadas con su salud.

La obesidad como se ha mencionado no es un problema aislado se encuentra asociado con alteraciones que van desde lo orgánico hasta lo psicológico, la baja autoestima y la problemática económica a la que el paciente se enfrenta, parecen ser los más comunes dentro de la población (Cuadro 3).

**Tabla 1:** Relación de pacientes obesos con peso inicial y deserción.

Paciente	Sexo	Edad	Peso inicial
4	F	54	82.500
6	F	39	101.00
7	F	49	79.500
8	F	37	90.00
10	F	25	80.00
19	F	18	91.500
21	F	27	71.00
25	F	37	75.00

**Tabla 2:** Relación de pacientes obesos con datos de reducción de peso corporal.

Paciente	Sexo	Edad	Peso inicial	Peso final
15	F	51	90.00	89.00
24	F	53	86.00	85.00
12	F	19	83.50	71.00
5	F	35	73.00	70.00
27	M	19	72.00	60.00
11	F	25	71.50	70.00
22	F	19	69.50	51.50
2	F	34	68.50	67.50
23	F	30	65.00	62.00
16	F	10	62.50	62.00
18	F	21	60.70	51.00
17	F	20	60.50	59.00
26	M	7	55.50	54.00
20	F	42	53.50	70.50

## 1. Trabajos de difusión en investigación

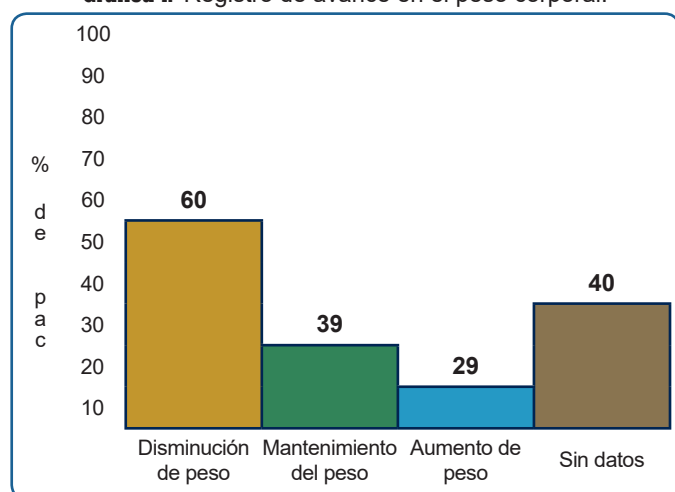
**Tabla 3:** Relación de pacientes obesos con sin avance en la reducción de peso corporal.

Sin avance		
Paciente	Peso inicial	Peso final
9	117.00	117.00
28	74.00	74.00

**Tabla 4:** Relación de pacientes obesos con incremento en su peso corporal.

Incremento de peso			
Paciente	Peso inicial	Peso final	En kilogramos
13	88.50	90.50	2.0
3	65.50	66.50	1.0
1	72.00	72.50	0.5
14	84.00	84.50	0.5

**Gráfica 1:** Registro de avance en el peso corporal.



**Cuadro 1:** Distribución de pacientes por edad.

Edad en años	% de pacientes
18-20	23
21-30	17
31-40	25
41-50	14
51-60	21

**Cuadro 2:** Tipos de obesidad.

Tipo de sobrepeso	% de pacientes
Obesidad hipertrófica	32.5%
Obesidad hiperplásica	36.1%
Obesidad infantil	14.7%
Sobrepeso	7.5%
Sin datos	7.5%

**Cuadro 3:** Problemas de salud y sociales relacionadas con la presencia de obesidad.

SOCIALES	
Carencias económicas	89.20%
PSICOLÓGICOS	
Baja autoestima	100.00%
Depresión	39.20%
Angustia	10.70%
Insomnio	10.70%
ORGÁNICOS	
Problemas cardíacos	25.00%
Diabetes	18.20%
Gastritis	18.20%
Diarreas	14.20%
Problemas hormonales	10.70%
Estreñimiento	7.10%
Problema tiroideo	7.10%
Problemas dermatológicos	7.10%
Problemas cardíacos	3.80%

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El desarrollo de los objetivos del Servicio Social, permitieron llevar a la práctica algunos conocimientos adquiridos a lo largo de los semestres de la carrera. El participar en el tema de la obesidad, abrió el panorama de aplicación de la psicología y la colaboración con colegas de otras disciplinas, lo que facilitó la comprensión de los pacientes y su atención. Por otro lado, la mayoría de los tratamientos que tienen como eje principal el control de la conducta de ingesta para el logro de la reducción de peso, prestan gran importancia al cambio de conducta, soslayando aspectos tan fundamentales como la situación económica del paciente obeso que generalmente, deriva en un todo complejo sobre el cual se finca su situación emocional y propia de obesidad.

En la población atendida se encontró que un 90% de los pacientes atendidos tienen inestabilidad económica. También que la mayoría de ellos no comen en exceso, dado que en ocasiones según reportan, no cuentan con lo necesario para cubrir el gasto alimenticio y suficiente, representando esta situación una de las causas principales en los casos de las deserciones ya que el tipo de consumos representa un inconveniente en la modificación de la dieta alimenticia.

El tratamiento ofrecido trata de lograr que el obeso enfrente su vida llena de experiencias emocionales negativas sin que la impacten con la reducción de sus niveles de ansiedad que fomentan en muchas ocasiones su desmedido consumo de alimentos. Que se valore como ser humano y que logre un estado de salud, tanto física como psicológica. Sin embargo las actuales condiciones económicas no sólo de los pacientes en particular, sino de los mexicanos en general, no permiten tener acceso a alimentos altos en calidad nutricional, ni contar con elementos ambientales, materiales ni subjetivos, que refuercen y motiven un cambio no sólo de hábitos alimenticios sino de actitud, de la

actitud consumista de estereotipos en una sociedad rechazante y hostil en la que la lucha por la sobre vivencia determina la frecuencia de obesidad y la malnutrición, siendo estos dos problemas no contrarios, sino conjuntados en una mismo, que se traducen en el obeso desnutrido, enfermo; en el mexicano carente de salud, explotado, ansioso, frustrado bombardeado por el estrés que la magnitud de la zona metropolitana entre las más pobladas del mundo implica. Para concluir, tomando en cuenta que uno de los objetivos del quehacer de la psicología es colaborar con otras disciplinas profesionales para un mejor trabajo de interés de las personas en particular y la sociedad en general, se retoma la recomendación de un estudio psicológico no sólo para el tratamiento del individuo obeso, sino para cualquier individuo que padezca algún tipo de enfermedad que afecte su vida, la de su familia y, por ende, la de la sociedad en general. Por último añadido el glosario de términos de Romero-Nava (2013) que facilitaron los conceptos a tratar en los pacientes obesos.

**Antropometría.** Es un conjunto de técnicas que, por procedimientos métricos que permite el estudio de las proporciones del cuerpo humano y relacionarlas con normas que reflejan su composición y/o ritmo de crecimiento y desarrollo, por lo que puede utilizarse para valorar indirectamente el estado nutricional.

**Diabetes.** Enfermedad diagnosticada por la presencia de cualquiera de las siguientes condiciones:

- Diagnóstico previorealizado por un médico, independientemente del nivel de la glucosa en sangre al momento de la entrevista.
- Diagnóstico previorealizado por un médico, independientemente del nivel de la tensión arterial al momento de la entrevista.
- Glucosa capilar de ayuno (sin consumo de alimento en las 8 a 12 horas previas a la toma de muestra de sangre capilar)  $\geq 126$  mg/dl.
- Glucosa capilar en cualquier momento del día  $\geq 200$  mg/dl.

**Hipercolesterolemia.** De acuerdo con la ATP III, niveles de colesterol total en sangre superiores a los deseables ( $<200$ mg/dl).

**Hipertensión.** Diagnosticada por la presencia de cualquiera de las siguientes condiciones:

Morbilidad aguda o reportada. Son enfermedades o padecimientos reportados en los últimos 15 días.

**Morbilidad.** Es el número de personas que enferman en una población y un tiempo determinado.

**Obesidad abdominal.** Circunferencia de cintura mayor de 102 cm en hombres y de 88 cm en mujeres.

**Obesidad Mórbida:** Hace referencia a pacientes obesos que están entre un 50% y un 100% por encima de su peso corporal ideal o 45kg de sobrepeso, con un IMC superior a 39.

**Obesidad.** Definida por un índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m<sup>2</sup> (OMS, 1998).

**Peso Corporal.** El peso mide la masa total de los compartimientos corporales, la masa total puede subdividirse en dos grandes compartimientos, que son la masa grasa y la masa libre de

grasa, de tal manera que los cambios en cualquiera de estos compartimientos se refleja en el peso.

**Servicios de salud preventivos.** Son los servicios de salud que se brindan con el fin de evitar la presencia de enfermedades: por ejemplo, los servicios de vacunación, atención prenatal, atención al niño sano, atención dental preventiva, detección oportuna del cáncer, entre otros.

**Síndrome metabólico.** De acuerdo con la OMS es la presencia de diabetes o intolerancia a la glucosa y/o resistencia a la insulina, y al menos dos de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y microalbuminuria.

**Talla.** Se expresa en centímetros (cm), midiendo la distancia entre el vertex y el plano de apoyo del individuo, realizando la medida sobre el cuero cabelludo y eliminando previamente cualquier adorno que dificulte la medición (páginas 64-65).

### REFERENCIAS

- Berea, G.L. (1963). *La obesidad como consecuencia de un mecanismo compensador de la frustración*. México, Inédita Tesis de Maestría, Colegio de Psicología, Universidad Iberoamericana.
- Gelvin, E.P. & Mogovak, T.H. (1977). *La obesidad, sus causas, clasificación y cuidado*. New York: Hoeber-Harper.
- Hollis, J. (1991). *La obesidad es un problema familiar*. México: Proxemia.
- Le Bown, M. (1983). *Obesidad infantil: Una nueva frontera de la terapia conductual*. Argentina: Paidós.
- Mahoney, M. & Mahoney, K. (1981). *Control permanente de peso*. México: Trillas.
- Mc Lauren, D.S. & Maguid, M. (1981). *La nutrición y sus trastornos*. México: Manual Moderno.
- OMS (2016). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva abril de 2016. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington, DC: OPS.
- Plan Nacional de Salud (1974). XV Programa Nacional de Rehabilitación. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Romero-Nava, O. (2013). *Estadísticas de sobrepeso y obesidad en las mujeres*. Características, magnitud y tendencias. México, Cámara de Diputados, LXII Legislatura. fuente: <http://ceameg.diputados.gob.mx>
- Salgado, J.D. (1994). *Tratamiento Higiénico Dietético del paciente Obeso*. II Curso Monográfico. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Strober, M. (2004). Managing the chronic treatment resistant patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 36, 245-255.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Zierold, M. & González, V. (1995). *Programa Cognitivo-Conductual en Modificación de hábitos alimenticios*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

LIC. BRENDA CAROLINA TÉLLEZ SILVA  
FES Zaragoza, UNAM