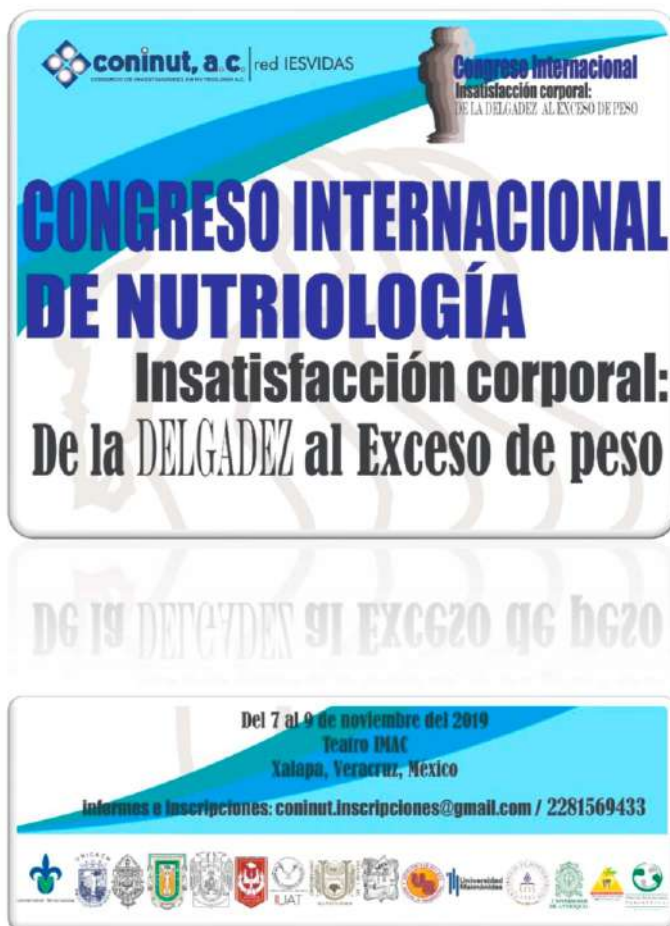




REVISTA DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA QUÍMICA

No. 60 Junio de 2020



Directorio

Dr. José de Jesús Williams
Rector

IQI. Carlos A. Estrada Pinto, M. en C.
Director General de Desarrollo Académico

Dr. Rafael A. Rojas Herrera
Coordinación General de Posgrado,
Investigación y Vinculación

Facultad de Ingeniería Química

M. en C. María Dalmira Rodríguez Martín
Directora

I.Q.I. Roger Agustín Bargas Interián
Secretario Administrativo

M. en C. Ángel Ramiro Trejo Irigoyen
Secretario Académico

Dr. Julio César Sacramento Rivero
Jefe de la Unidad de Posgrado e Investigación

Consejo Editorial

Dra. Vidalma del Roserio Bezares Sarmiento

Dra. María Graciela Sánchez Montiel

Dra. María Elena Acosta Enríquez

M. en C. Francisco Herrera Rodríguez

Dr. Luis Antonio Chel Guerrero*

M. en C. Miriam Chan Pavón*

*Editores

Edición y Diseño Gráfico

QI. Miriam Chan Pavón, M. en C.

LDGP. Luis Enrique Flores Rivero.



Premio
Nacional
de Tecnología
2 0 0 2

PRESENTACION DEL CONGRESO INTERNACIONAL DE NUTRIOLOGÍA

3

LA FELICIDAD Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

4

Trabajo en extenso

*Dra. Gabriela Páez Huerta
María Graciela Sánchez Montiel
Guadalupe Jacqueline Olalde Libreros
Issa María Ramírez González
Claudia Belén Ortega Panel*

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS.

10

Artículo de revisión bibliográfica

*Issa María Ramírez González
Gabriela Páez Huerta
María Graciela Sánchez Montiel*

EL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

14

Artículo de revisión bibliográfica

*Nora Inés Morales Contreras
María Antonia Hernández Ladrón de Guevara
Claudia Gutiérrez Sida*

AUTOCOMPASIÓN VS AUTOESTIMA: FACTORES EMOCIONALES QUE INFLUYEN EN LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA OBESIDAD.

20

Trabajo en extenso

*Sanchez Montiel María Graciela
Páez Huerta Gabriela
Ramírez González Issa María*

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

27

La Revista de la Facultad de Ingeniería Química es una publicación semestral relacionada con la Ingeniería Química Industrial, la Química Aplicada, la Ingeniería Industrial Logística, la Ingeniería en Alimentos, la Ingeniería en Biotecnología, e Ingeniería de Operaciones Estratégicas, vinculada con su enseñanza, investigación y aplicación en el sector productivo. Número 60. Todo material impreso puede reproducirse mencionando la fuente. Los artículos firmados expresan la opinión del autor y no necesariamente el de la dependencia. La correspondencia dirigirla a: Facultad de Ingeniería Química. Periférico Nte. Km. 33.5, Tablaje Catastral 13615, Col. Chuburná de Hidalgo Inn, Mérida, Yuc., Méx. C. P. 97203. Tels.+52 (999) 946-09-56, 946-09-93. Responsable de Edición: QI. Miriam Chan Pavón, M. en C. correo electrónico: vinculacion.fiq@correo.uady.mx ISSN 0188-5006. Recepción de trabajos octubre de 2019. Fecha de publicación junio de 2022.



PRESENTACIÓN

El Congreso Internacional de Nutriología, es un espacio en donde los profesionistas de la nutrición y salud podrán encontrar lo más actualizado referente a percepción, motivación, entorno laboral, imagen corporal, trastornos de la conducta, autoestima, ejercicio físico, políticas públicas, entre otros temas de gran relevancia social; todos en dirección hacia el fomento del estilo de vida saludable. Evento en el cual se contempla las ponencias en cinco mesas temáticas a cargo de destacados investigadores y académicos que han dedicado gran parte de su vida profesional al estudio de la nutriología, el ejercicio físico, imagen corporal, y educación. Además de contar con talleres que permitirán el fortalecimiento de los tópicos abordados durante dos días de congreso, dando un enfoque hacia la salud integral. El objetivo del Congreso es disertar sobre aspectos relacionados con la imagen corporal y la influencia de los factores endógenos y exógenos causantes de la insatisfacción generada en las personas, su atención, tratamiento, rehabilitación biopsicosocial, en un espacio de actualización desde la perspectiva integral, además de expresar los resultados del segundo proyecto conjunto, denominado "Estudio Multicéntrico de conductas de riesgo de trastorno dismórfico muscular y de trastornos alimentarios en universitarios", desarrollados por integrantes de los Grupos de Investigación y Cuerpos Académicos que conforman la red. Foro en donde se reunirán expertos en el área, quienes compartirán sus experiencias y conocimientos, tanto para estudiantes como para los profesionistas de la nutrición y salud; además de dar a conocer los resultados del primer proyecto conjunto.

En este congreso se otorga un espacio a los investigadores alumnos y profesionistas, para presentar trabajos de investigación inéditos, en presentación **ORAL** y **CARTEL** efectuados en los últimos cinco años, por lo que se les **CONVOCA a participar en los EJES TEMÁTICOS**

1. "PERCEPCIÓN E INSATISFACCIÓN CORPORAL"

Percepción e insatisfacción corporal

Medios masivos de comunicación en la imagen corporal

Impacto de la publicidad de la industria alimentaria como condicionante de consumo de alimentos poco saludables

El imperio de lo light

Factores de riesgo de trastorno obsesivo compulsivo

Coordinan: MPS, María del Rocío Pascacio González. nagrl7nov@hotmail.com

Mgtr. Marcela Leal. leal.nutricion@gmail.com

2. IMAGEN CORPORAL Y OBESIDAD

Trastornos de conducta alimentaria

Obesidad

Trastorno del atracón

Manejo integral de trastornos en imagen corporal y obesidad

Coordinan: Dra. María Luisa Ávila Escalante. marialuisa.avila@correo.uady.mx

Mtra. Liz Arieth Peña Velázquez. liz.pena@unicach.mx

3. BIOÉTICA EN LA ATENCIÓN, MANEJO AMBULATORIO Y REHABILITACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Consideraciones bioéticas en el manejo y rehabilitación de los trastornos de la conducta alimentaria

Manejo ambulatorio de los trastornos de la conducta alimentaria

Tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria

Coordinan: Dra. María Elena Acosta Enríquez. elenamaria@um.edu.mx

Dra. Nely Isabel Cruz Serrano. nely.cruz@unicach.mx

4. AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA PRESENTES EN LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA OBESIDAD

Autoconcepto de obesidad

Autoestima (autocompasión) y factores emocionales en la insatisfacción corporal

Desarrollo de la Inteligencia espiritual y su impacto en la insatisfacción corporal y la obesidad

Coordinan: Dra. María Graciela Sánchez Montiel. nutriograciela@hotmail.com

Dra. Gabriela Páez Huerta. lgm02@hotmail.com

5. EJERCICIO EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Actividad física en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

Ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad

La función del nutriólogo en la prescripción del ejercicio para atención de delgadez y exceso de peso u obesidad

Dismorfia muscular, complejo de adonis,

Coordinan: Dr. José Luis Castillo Hernández. esther@yahoo.com.mx

Dra. María Magdalena Álvarez Ramírez. alicap@yahoo.com



LA FELICIDAD Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Gabriela Páez Huerta, María Graciela Sánchez Montiel, Guadalupe Jacqueline Olalde
Libreros, Issa María Ramírez González y Claudia Belén Ortega Panel

Resumen

El ser humano, se comporta como un sistema complejo e integrado, que presenta la capacidad de generar y mantener sus propias estructuras y permitir un equilibrio interno constante. Puede, además, relacionarse con el medio que le rodea y lograr metas específicas, a través de la autoprogramación, autorregulación y la adaptación (Llor, 1995). El término "conducta" puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un individuo frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno. La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. (Saucedo, 2003) La alteración de esta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria, en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados (Unikel, 2000). Aunado a ello se puede decir que Ser feliz significa vivir en la verdad, la aceptación significa rendirse a lo que es, amar lo que es, aceptar cada momento es como debe de ser, no forzar el flujo natural de la vida. Felicidad y aceptación son parte del camino para una vida plena, pues aleja del sufrimiento al ser humano, lo que genera un estado psicológico estable, en equilibrio (Gallegos, 2010). De ahí la relación de la felicidad con los trastornos de la conducta alimentaria puesto que se propicia una conducta sana en el individuo.

Palabras clave: Conducta alimentaria, conductas alimentarias de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, felicidad.

Entre las conductas adquiridas por los seres humanos, las alimentarias pueden ser definidas como un comportamiento habitual relacionado con hábitos alimentarios, selección de alimentos, preparaciones y volúmenes consumidos de estos alimentos, los que influyen directamente en el estado nutricional de los individuos pertenecientes a diversos grupos etarios. Es un fenómeno de naturaleza compleja y de origen multifactorial que se ve influenciado por diversos factores entre los cuales se distinguen la sociedad, cultura, religión, educación, situación económica y costo de los alimentos, ubicación geográfica y climática, que a la vez impactan en la disponibilidad de alimentos (Cervera, 2004).

Se entiende por conductas alimentarias de riesgo, aquellos comportamientos anómalos que están relacionados con el consumo de alimentos entre las cuales se encuentran: el comer compulsivo, que es caracterizado por episodios recurrentes de ingestión voraz, el consumo rápido de alimentos en un corto periodo de tiempo, perdiendo el control sobre la cantidad total de alimento ingerido, la preocupación por el peso y la comida, que se entiende como el estado emocional y psicológico de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva con respecto a su peso corporal y a los alimentos que consume, comer por compensación psicológica, en donde la alimentación se ve influenciada por diferentes factores dentro de los cuales se encuentra el estado de ánimo, es decir, se relaciona la comida con tristeza, ansiedad o felicidad, lo que lleva al sujeto a comer o dejar de hacerlo, o preferir cierto tipo de alimentos, la dieta crónica y restrictiva, misma que se define como la tendencia repetitiva de auto privación de alimentos considerados por el individuo como "engordadores", por lo que las personas realizan conductas tales como el vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, ejercicio físico en exceso, así como la eliminación de tiempos de comida y de alimentos a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la imagen y figura corporal (Saucedo, 2003).

Estas conductas de riesgo pueden dar origen al apareamiento de trastornos de la conducta alimentaria, tales como la vigorexia, anorexia y bulimia nervosas, siendo estas dos últimas las más comunes.

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías psiquiátricas caracterizadas por una alteración grave en la cantidad y la forma de comer, que se acompaña, en general, de una preocupación exagerada respecto a la comida, el peso y la forma e imagen corporal y que llevan a la persona a situaciones físicas que comprometen riesgos para su salud. Son enfermedades graves de etiología multifactorial que sólo pueden entenderse por la interacción de diversos factores, tales como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores se potencian mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural.

Ahora bien, la felicidad, es mucho más que un estado de ánimo alegre se compone en realidad de todo tipo de emociones constructivas, como las emociones positivas con relación al pasado, tales como gratitud, perdón y agradecimiento, al igual que las emociones positivas con relación al futuro, como optimismo, fe y confianza. Además, los buenos sentimientos como el amor, la bondad y la empatía nos ayudan a crear esos vínculos (Carter, 2012).

Es necesario entonces reconocer donde nace la felicidad, pues no se puede buscar, no es algo externo al ser humano, algo que deba buscarse en algún lugar, persona, situación o cosa, ni que deba de alcanzarse, la felicidad es reconocer lo que realmente se es en esencia, es implícita a la propia naturaleza del Ser, sin objeto, sin causa, no viene del tener, de poseer algo, tampoco viene del éxito, belleza física, familia, es decir no la otorga ninguna experiencia, surge sin motivo alguno, pese a las circunstancias (Gallegos, 2015). Es a través de la práctica meditativa que a su vez favorece el desarrollo de la inteligencia espiritual es el camino directo a esta felicidad innata.

Estudios demuestran un opuesto a la felicidad que es el estrés, Un alto nivel de estrés es una barrera para que éste se adquiera ya que envía señales a la amígdala, el centro de respuesta del cerebro “lucha o huida” (que activa la lucha o la huida), y reduce el flujo hacia el tálamo, que recibe datos provenientes de todos los sentidos, excepto del olfato. El estrés reduce el flujo sanguíneo hacia la corteza prefrontal, el centro del sentido común y de la toma de decisiones. Es por eso también que al preguntar a una persona estresada por la razón de un determinado comportamiento se suele obtener una respuesta inadecuada (Sousa 2014). Como lo es en el caso donde se desencadenan los trastornos de la conducta alimentaria.

Mediante sofisticadas técnicas estadísticas e infinidad de estudios llevados a cabo con gemelos, se ha deducido que alrededor de la mitad de las diferencias entre el grado de felicidad que experimentan dos personas distintas se debe a factores genéticos, sobre los que se posee escaso control. Otro 10 por ciento se puede atribuir a las circunstancias vitales. Eso significa que si se colocara a cien personas en idénticas circunstancias vitales se descubriría que su grado de felicidad sólo se verá afectado en un 10 por ciento. Lo cual implica que nada menos que un 40 por ciento del grado de felicidad que se experimenta depende de la conducta, es decir, de las cosas que se hacen a diario (Carter 2012). Lo que implica que una persona con una conducta negativa no es una persona sana, siendo un factor de riesgo importante para padecer un trastorno de conducta alimentaria por condicionar llevar a cabo acciones con relación a una alimentación incorrecta y perjudicial.

Para aumentar y mantener un estado de felicidad óptimo, no se debe centrar la atención exclusivamente en el pensamiento, si no se trabaja también en los hábitos de comportamiento no se alcanzará la verdadera felicidad, para ello Shimoff (2008) recomienda llevar a cabo 7 pasos para mejorar hábitos que conducirán a la felicidad: “1. Los Cimientos: sé el dueño de tu felicidad 2. El Pilar de la Mente: no te creas todo lo que piensas 3. El Pilar del Corazón: déjate llevar por el amor 4. El Pilar del Cuerpo: haz felices a tus células 5. El Pilar del Alma: conéctate al espíritu 6. El Tejado: vive con propósito 7. El Jardín: cultiva las relaciones nutritivas” (Shimoff, 2008).

Se debe reconocer que el deseo esencial del hombre es ser feliz, es lo que mueve todos los actos. Ese deseo inspira de un modo tan natural cada uno de los actos, cada una de las palabras y de los pensamientos. Si la persona practica durante años el discernimiento y la perseverancia para ordenar los pensamientos conforme surgen, a preparar antidotos apropiados para las emociones negativas y a desarrollar las emociones positivas, este esfuerzo dará sin duda resultados favorables para el aumento de la felicidad (Matthieu, 2005). Por lo tanto, cada vez que se logre impedir el más mínimo surgimiento de la mente, los deseos que la llevan a surgir serán sostenidamente debilitados, y el amor por permanecer en su estado natural de solo Ser, será fortalecido proporcionalmente, hasta que por fin vencerá por completo a todos los deseos remanentes, capacitándolo con ello para entrar por entero en la claridad infinita del auto-conocimiento verdadero (James, 2008).

El pensamiento obsesivo, de preocupación, fuera de la realidad alimentado por el ego, mantiene a la mente desconcentrada, perdida en divagaciones colocando al sujeto en la grave situación de ligarse a las preocupaciones y el aburrimiento generando el sufrimiento, temores, fantasías que lleva al ser humano a la ofuscación, a vivir en desarmonía, por lo que solo a través de una concentración correcta genera una sensación permanente de paz, bienestar y felicidad a pesar de las circunstancias adversas de la vida, lo que contribuye al desarrollo de la inteligencia espiritual, previniendo enfermedades (Gallegos, 2007).

De este modo con la práctica meditativa se experimenta la naturaleza ilimitada de la mente cuando cesa de estar dominada por su usual parloteo mental, al aquietar y calmar los pensamientos, la meditación aquietta y calma también las emociones, se piensa con mayor claridad y fuerza, y es más capaz de afrontar tanto los retos como las frustraciones que la vida continuamente le depara al ser humano. Ayuda a tener una percepción más clara y a ser más eficaces. Hace también más sensibles y compasivos con los demás y con el mundo espiritual, porque desarrolla en el interior un sentido de unidad e interde-

pendencia hacia todas las cosas y hace conscientes de lo que significa ser un humano (Fontana, 1999).

Por otro lado, la investigación apunta a que especialmente la zona del cerebro asociada con emociones como la compasión presenta una actividad considerablemente mayor entre las personas que tienen una larga experiencia de meditación. Estos descubrimientos indican que las cualidades humanas pueden cultivarse de forma deliberada por medio de un entrenamiento mental (Matthieu, 2008).

Por lo que la meditación se ha convertido una gran megatendencia a nivel mundial en el presente siglo, representando la mejor respuesta para recuperar una vida plena, con significado de vida y valor, es el camino directo hacia la sabiduría, al auténtico bienestar, a la genuina felicidad y a la plena realización espiritual, la felicidad es paz interior y la meditación holista conduce a ella (Gallegos, 2014).

El Buda descubrió que la concentración es sólo la fase inicial de una meditación profunda y poderosa que se basa en la atención plena, la cual es la capacidad adquirida por el sujeto a través de la experiencia de estar atento al presente, atento a la atención que ese está ejecutando, ser consciente de la propia conciencia, sin juicios, ni cuestionamientos si no con aceptación, sin apegos ni aversión, con actitud de ecuanimidad, observando los fenómenos de la vida tal como son y comprendiendo la naturaleza de la realidad. También señaló cuatro fundamentos de la atención plena que son el cuerpo, las emociones, los pensamientos y los estados de la mente. Es una visión penetrativa, de no reacción emocional, por lo que es un factor sanador y curativo del conflicto, por ello es el primer factor de la inteligencia espiritual a ser ejercitado (Gallegos, 2015). Por lo tanto este factor coadyuva a que los demás factores como felicidad, gratitud, autocompasión y optimismo se lleven a cabo de una manera más consiente, natural y fácil para logra prevenir y tratar los trastornos de la conducta alimentaria.

Dentro de los beneficios de la meditación de atención plena Gallegos (2015) menciona que están los físicos, los psicológicos y los espirituales:

“Dentro de los beneficios fisiológicos que han determinado los estudios de investigación documentados destacan el buen ritmo cardiaco, presión sanguínea más baja, reducción significativa del estrés menos ataques cardíacos mayor longevidad, reducción de los niveles de colesterol, respiración más profunda y lenta, reducción del dolor crónico, mayor relajación muscular, menores dolores de cabeza, mayor sincronización de los hemisferios izquierdo y derecho que se relaciona con mayor creatividad; en cuanto a los beneficios psicológicos se puede mencionar que existe una disminución de las emociones

negativas y un aumento de las positivas, desarrollo de la inteligencia interpersonal, mayor capacidad de concentración, disminución de pensamientos negativos, mayor claridad perceptiva, reducción de ansiedad, reducción de adicciones, mayor rendimiento en el trabajo, mayor capacidad del trabajo en equipo, mayor capacidad de compasión, entre otros; los beneficios espirituales brindan suficientes elementos contundentes para la autorrealización” (Gallegos, 2015, p. 76, 77).

Un factor importante que se lleva a cabo a través del desarrollo espiritual es la gratitud, la cual se da cuando se recibe con agradecimiento la caridad, la comprensión y las acciones desinteresadas y se muestra con aprecio la amabilidad que se está ofreciendo. Nace de la compasión por lo que esta acción se puede considerar como una especie de respiración espiritual: Se inhala y se recibe la energía otorgadora de vida. De este modo cuando se practica la gratitud, se expande considerablemente el poder de la Inteligencia Espiritual. Se aprende a inhalar y a exhalar de una manera rítmica, en lugar de retener la respiración continuamente. Esto ayuda a estar más relajado y feliz (Buzán, 2003).

Otro factor es la gratitud, existen pruebas científicas de que los individuos que cultivan la gratitud de forma sistemática experimentan una variedad de beneficios medibles: psicólogos, físicos e interpersonales. En algunos casos, los individuos que formaron parte de estas investigaciones afirmaron que la gratitud había introducido cambios visibles en su vida. Y, más importante aún, familia, amigos, parejas y otras personas de su entorno declararon que los individuos que practican la gratitud parecen perceptiblemente más felices y su compañía resulta más agradable (Emmons, 2009)

Dentro de los beneficios de la práctica de la gratitud Gallegos (2015) menciona que:

“A nivel físico mejora el ritmo cardiaco, estabiliza la presión arterial, fortalece el sistema inmunológico, reduce los dolores de cabeza, mejora la digestión, hace dormir mejor, lo que el sueño es reparador, por lo que se ha utilizado para combatir el insomnio; a nivel mental mejora los vínculos sociales se es más creativo, se escucha más y mejor a los demás pudiendo establecer diálogos en lugar de dar pie a confrontaciones; a nivel espiritual aumenta la devoción a lo divino, hace a las personas más sensibles a la gracia, aumenta la ecuanimidad que hace referencia a la imparcialidad de juicio y a la igualdad con una constancia de ánimo para entre otras cosas poder meditar, llena de inspiración” (Gallegos, 2015).

Un tercer factor de la inteligencia espiritual es la autocompasión lo que tradicionalmente se le ha llamado como autoestima, que es la capacidad de tratarse con amabilidad, respeto, compasión y atención plena en los

momentos difíciles, de sufrimiento, es una habilidad autosanadora, el mantener bajo cualquier circunstancia una actitud inteligente, sabia, dirigida hacia la misma persona llevando como objetivo el generar una respuesta al sufrimiento, abrazándose la persona a ella misma con afecto como se haría con cualquier otra persona a la que se deseara consolar, consiste en mantener sentimientos positivos, optimistas, de profundo aprendizaje, en total aceptación del todo, sin culparse, castigarse, juzgarse, criticarse, ofenderse, menospreciarse, cuando no se acepta y se perdona a sí mismo, la persona se siente más relajada y feliz, además de desarrollar la capacidad de ser amorosa con los demás (Gallegos, 2015). Si no existe autocompasión, el individuo puede tener conductas inapropiadas que afecten su salud.

Por lo que los individuos deben empezar con tener una actitud diferente, dejar de juzgarse y de evaluarse a sí mismos duramente. Dejar de auto etiquetarse como buenos o malos y aceptarse con generosidad. Tratarse con la misma amabilidad, cariño y compasión que se mostraría hacia un buen amigo, o incluso hacia un desconocido (Neff, 2012).

Por lo tanto, cuando se ha avanzado en este poder autosanador de autocompasión, se va concibiendo la compasión, que es el interés profundo incondicional, genuino y consciente por aliviar el sufrimiento de los demás, deseando sólo su bienestar, en una acción amorosa universal en la evolución de la conciencia y la realización espiritual de todos los seres vivos trascendiendo el egocentrismo, el rencor, el odio, el individualismo (Gallegos, 2015).

La compasión significa estar presente con amor, un amor por sí mismo y por todos los seres vivos, cuando la persona se quiere y se trata bien, alimenta su crecimiento espiritual, lo que implica sentimientos de cariño y empatía por los demás, se trata de una comprensión desde adentro no una evaluación desde afuera, es decir nace del corazón del sentimiento puro de amor mas no se centra en el sufrimiento como el problema manifiesto (Gallegos, 2015).

Se puede explicar estos efectos benéficos dados los estudios realizados donde se habla sobre la relación entre el cerebro y el corazón y cual de ambos es más importante en la experiencia del amor y la compasión. Durante milenios, el amor y la compasión se han atribuido al corazón, pero la ciencia moderna alega que es el cerebro el que dicta esta experiencia. Muchos científicos ven el corazón como una bomba física y bioeléctrica, sin embargo, estudios de investigación realizados sobre la compasión, a través de electroencefalograma (EEG) aplicado en el cuero cabelludo para registrar la actividad bioeléctrica cerebral, se llegó a creer que el nervio vago, un nervio

craneal que conecta el cerebro con el corazón y controla la gran parte de las respuestas de relajación del sistema parasimpático, afecta en gran medida al amor y la compasión. Siendo lo más interesante que la estimulación del nervio vago puede tener un impacto sobre la depresión, por lo tanto, el cerebro como el corazón participan en la experiencia del amor y la compasión (Shimoff, 2008). Razón por la cual el desarrollo de la inteligencia espiritual con un trabajo en la compasión genera felicidad en los individuos lo que condiciona un estado de salud en equilibrio a llevar a cabo conductas adecuadas, además de que felicidad y depresión no son compatibles.

Mediante dicha acción compasiva se va creciendo en conciencia, claridad e inspiración, y a medida que se cree en ello el ser humano se vuelve un instrumento de cambio cada vez más efectivo. Este camino del Ser es fundamental para una auténtica felicidad (Matthieu, 2009).

El optimismo es otro factor que se puede equiparar a la felicidad. Las personas que lo practican disfrutan de muchísimas ventajas, los optimistas: Se desenvuelven mejor en el colegio, en el trabajo y en los deportes, tienen mejor salud y viven más tiempo, se declaran más satisfechos de sus matrimonios, padecen menos ansiedad (Carter, 2012).

Por lo tanto, optimismo significa tener la confianza de que se cuenta con la capacidad de hacer frente a todo lo que se presente, es una sensación interior de que las cosas finalmente saldrán bien, aceptando el mundo tal como es sin permitir la maldad, la negatividad, la queja, victimización abrumen a la persona, es una certidumbre espiritual de que finalmente todo pasa, es temporal y por lo tanto genera en el individuo una salud integral, evitando lleve a cabo conductas negativas que podrían desencadenar alguna enfermedad como los trastornos de la conducta alimentaria. No se trata tan solo de un pensamiento positivo viendo el mundo color de rosa o creer se puede pedir al universo deseos materiales ya que esto no es parte de la espiritualidad, significa más bien acciones positivas con una actitud correcta, inteligente hacia el futuro para superar las adversidades, lo que liberará las tensiones y estrés innecesarios poniendo atención y ocupándose de lo que sea necesario solucionar (Gallegos, 2015).

Una emoción que no favorece el optimismo es el miedo, mantener niveles de miedo elevados lo convierte en algo patológico y puede convertirse con mucha facilidad en trastornos de ansiedad y en depresión. Ahora bien, una cosa es eliminar los niveles anormales de miedo y desesperación y otra muy distinta es fomentar el bienestar y un modo de vida floreciente que conduzca al beneficio del autocuidado personal, incluyendo una conducta relacionada con la alimentación de manera correcta. Uno de los

descubrimientos más impactantes que se han realizado a raíz de las últimas investigaciones es que la mayoría de los seres humanos pueden ser sorprendentemente resistentes ante la adversidad. Se puede incluso convertir en mejores personas, experimentando un desarrollo postraumático, en lugar de un estrés postraumático. Los avances que se han realizado en la ciencia psicológica indican que, con cierto esfuerzo, se puede volver a esculpir el cerebro no solo con el fin de reducir el miedo anormal, sino también para poder experimentar un verdadero florecimiento (Fox, 2013). Lo que quiere decir que dentro de un desarrollo espiritual se debe de entrenar la mente con hábitos de resiliencia, para convertirla en una mente optimista.

Mientras el optimismo se dirige hacia el bien, el pesimismo se dirige hacia el mal, las personas pesimistas sienten atracción por las cosas negativas y evitan las cosas positivas y amables por considerarlas irrelevantes ante la solución, de este modo la información negativa es atractiva para los pesimistas puesto que retroalimenta su depresión por lo que un rasgo particularmente importante en los pesimistas es su capacidad para ser felices y si llegan a sentir felicidad no la pueden sostener por mucho tiempo, lo que por lo contrario los optimistas por su parte evitan la información negativa buscando espacios y personas saludables que los inspiren y los hagan sentir bien, son personas comprometidas con llevar una vida correcta basada en el orden y llena de significado, desarrollan la resiliencia que se mencionó anteriormente que es la capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas y en un sentido de que tienen el control de las cosas, sienten que pueden dirigir su destino con el poder de la voluntad albergando siempre esperanza en un futuro mejor (Gallegos, 2015).

Si se tiene una actitud correcta es decir autocompasiva, compasiva, bondadosa, agradecida, positiva, optimista, ésta tendrá un impacto en la manera de sentir y vivir en el mundo, viendo la realidad de ésta visión espiritual, dicha actitud se sabe genera cambios en la estructura cerebral creándose circuitos neuronales que fortalecen el optimismo, cuando se está en pesimismo es decir, en la negatividad, en la crítica también el mismo cerebro se estructura a través de circuitos cerebrales que van a funcionar más para fijarse en lo negativo de las personas, de las circunstancias del mundo en sí por ello uno de los elementos básicos para fortalecer el optimismo es mantenerse fuera de la crítica, el juzgar, no estar culpando y no quejarse, el ego se alimenta de éstas tres actitudes, al dejar al ego sin alimento éste empieza a disminuir. El pesimismo es intrínseco al ego, el optimismo es intrínseco al Ser espiritual (Gallegos, 2015).

Discusión

En un estudio llevado a cabo en jóvenes entre 14 y 25 años de edad, donde el objetivo de este estudio fue analizar las variables asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria, se examinó las relación entre los trastornos tales como: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal y variables antropométricas: peso, altura e IMC real, percibido y deseado, dietas alimentarias y hábitos alimentarios, así como variables psicológicas como: autoestima, felicidad, depresión, ansiedad, ira, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Los resultados indicaron mayor prevalencia de trastornos en las mujeres, puntuaciones más bajas en variables positivas y más altas en variables negativas (Kortabarría L. 2014) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=144174>.

Como sabemos los trastornos de la conducta alimentaria, son enfermedades psiquiátricas, que se caracterizan por un comportamiento patológico frente a la ingestión de alimentos y una obsesión por el control de peso. Se ha demostrado que existen factores psicosociales que coadyuvan a proteger a los individuos frente a los trastornos de la conducta alimentaria, como la resiliencia, definida como la capacidad de recuperarse ante circunstancias adversas. En un estudio llevado a cabo en estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad de Salamanca, en donde el objetivo fue estudiar la relación entre la resiliencia y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria, algunos de los resultados obtenidos entre otros mostraron que las alumnas con baja resiliencia fueron 1,66 veces más propensas a tener algún trastorno de la conducta alimentaria, además fueron 1,82 veces más propensas para ser perfeccionistas, 1,82 ineficaces, 1,86 desconfiadas interpersonalmente, 1,87 inseguras, 1,57 para tener alta consciencia, 1,80 alto miedo de la madurez, de ésta manera la probabilidad de presentar un trastorno fue 5,85 veces más alta en aquellas alumnas que peores actitudes hacia la comida. Por lo tanto en dicho estudio el autor concluyó que la resiliencia parece que puede ser utilizada para ayudar a prevenir la aparición de algún trastorno de la conducta alimentaria (Menezes, 2016).

Hoy en día se relaciona la importancia de un equilibrio emocional como un factor de riesgo para padecer algún trastorno de conducta alimentaria. En un estudio llevado a cabo en pacientes adultas y adolescentes que acuden a tratamiento en el Hospital “la Paz” en Madrid España que cursan con anorexia y bulimia nerviosa y sus dificultades de reconocimiento emocional y de cognición social con diversos grados de gravedad, se comparó con grupos control sano, en donde como conclusión se determinó que quienes padecían un trastorno de conducta alimentaria tenían dificultades emocionales (Calvo, R. 2014).

Referencias

- Buzán, T. (2003). *El poder de la inteligencia espiritual. 10 formas de despertar tu genio espiritual*, Barcelona: Editorial Urano.
- Calvo, R. Gallego L., Solórzano G., Kassem S., Morales C., Codesal R y Blanco A.(2014) Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400031.
- Carter, C. (2012). *El Aprendizaje de la Felicidad*. Barcelona, España: Editorial Urano.
- Cervera R; Clapés J.; Rigolfas R. (2004). Alimentación y dietoterapia. 4a Edición. Colombia. Editorial McGraw - Hill Interamericana.
- Emmons, R. (2009). *Gracias. De como la nueva ciencia de la gratitud te puede hacer feliz*, Barcelona: Ediciones B.
- Fontana, D. (1999). *Aprender a meditar. Guía práctica para alcanzar la plenitud y el conocimiento interior*, Barcelona: Editorial Oniro.
- Fox, E. (2012). *Una mente feliz. Descubre cómo funciona el optimismo y cambia tu forma de ver la vida*, Madrid, España: Editorial Planeta Madrid, S.A.
- Gallegos, R. (2007) *Inteligencia Espiritual. Más allá de las inteligencias múltiples y emocional*, Guadalajara, Jalisco. México: Fundación Internacional para la Educación Holista.
- Gallegos, N.R. (2010) *En Unidad con el Ser. Inteligencia Espiritual I*, Guadalajara, Jalisco. México: Fundación Internacional para la Educación Holista.
- Gallegos, N.R. (2014) *Meditación Holista*, Guadalajara, México: Fundación Internacional para la Educación Holista
- Gallegos, N.R. (2015) *Los 12 Factores de la Inteligencia Espiritual. Las capacidades transpersonales del ser*, Primera Edición electrónica. E-Book: Doi 978-607-00-9160-5
- James, M. (2008). *La felicidad y el arte de ser*, Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Kortabarría, L. (2014). Variables asociadas a trastornos de conducta alimentaria. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=144174>.
- Llor B.; Abad M.; García M.; Nieto J. (1995). Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Editorial Interamericana McGraw-Hill. Madrid. España.
- Matthieu, R. (2005). *En defensa de la Felicidad*, Barcelona, España: Editorial Urano.
- Matthieu, R. (2008). *El arte de la meditación*, Barcelona, España: Editorial Urano.
- Menezes, V. (2016). Resiliencia y trastornos de conducta alimentaria. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=79830>.
- Neff, K. (2012) *Se amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo*. España: Editorial Oniro.
- Shimoff, M. (2008). *Feliz porque sí*, Barcelona, España: Editorial Urano.
- Sousa D. (2014) *Neurociencia educativa. Mente, cerebro y educación*, España: Editorial Narcea.
- Saucedo M. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de doctorado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz BC, Alcántar ME et al. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Salud Mental*;52(2):140–147.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS

Issa María Ramírez González, Gabriela Páez Huerta y
María Graciela Sánchez Montiel

Resumen

El presente trabajo consiste en una investigación mediante la revisión de diversos textos sobre las consideraciones bioéticas de los trastornos de la Conducta alimentaria (TCA). El propósito es realizar un análisis de la importancia de la conceptualización de la bioética y su aplicación para el tratamiento de las TCA por parte de los profesionales de la salud, el cómo es considerado para el manejo del paciente, cómo se aborda y desde cuándo se empezó a considerar como fundamental para el éxito del tratamiento, comenzando con la comparación de los distintos enfoques sobre el tema, desde la comprensión de las definiciones conceptuales, su abordaje en diversos casos (anorexia y obesidad) y las consecuencias a partir la relación de su aplicación adecuada en cada problema específico. Por lo que se llega a la conclusión entre otras, que el respeto de la autonomía del paciente no es viable en diversos casos, puesto que se debe considerar las condicionantes en las que se encuentra y cuáles lo llevaron a dichas patologías, sobre todo que no se encuentran en su mayoría recomendables para la toma de decisiones y que respetar dicha autonomía llevaría a empeorar su condición.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta alimentaria, Bioética, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Introducción

Las consideraciones bioéticas en el tratamiento de las conductas alimentarias de riesgo en la práctica de los profesionistas de la Salud, suele encontrarse con casos donde existe un dilema bioético y pueden surgir dudas sobre cómo abordarlo, bajo que óptica se analizara cada caso lo que permita realizar sugerencias que resuelvan el dilema a tratar. El presente estudio tiene la finalidad de conocer el cómo ha sido tratado diversos casos desde que se comenzó a analizar los principios bioéticos y su aplicación adecuada para cada caso y tomando en cuenta las diversas miradas por parte de los actores sociales que intervienen en el tratamiento, mejora o complicación de los pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria. Esto permitirá a los profesionales de la salud, así como a los comités de bioética de las diferentes instituciones tener un panorama más amplio que les ayude en la toma de decisiones para cada caso a tratar, comenzado con la conceptualización de bioética su aparición en el tratamiento de los pacientes, las modificaciones que ha tenido a lo largo de la historia y su puntual aportación en el tratamiento de los pacientes en donde su autonomía no puede considerarse como adecuada para el seguimiento y mejora del paciente.

Conceptualización de la bioética

La comprensión sobre el manejo de la bioética ha mostrado diferentes cambios que se ven reflejados desde su nacimiento en los años setenta. El término de bioética, en un sentido en el que se podría considerar como bioética global, fue empleado públicamente por primera ocasión en 1970 por el oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter, dándole un enfoque de disciplina intelectual teniendo como objeto de estudio al “*Problema de la supervivencia de la humanidad*” (García, 2006).

Los principios de la bioética

A través de la reflexión de la bioética se han desarrollado diferentes modelos. La *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, fue creada para realizar estudios relacionado con las cuestiones éticas para el manejo de la investigación biomédica, publicado en 1978 en el Informe Belmont (Trapaga, 2018). Los tres principios deben quedar comprendidos adecuadamente para cualquier investigación en la que los seres humanos sean parte del mismo, siendo estos la beneficencia, el respeto a la autonomía de las personas y la justicia.

De acuerdo a Siurana (2010), los conceptos que permiten entender mejor estos principios son:

- a. Beneficencia; se considera un punto fundamental en la práctica médica, la consecución de un beneficio, en términos de salud, para quienes acuden solicitando asistencia sanitaria. Tiende a considerar y a presentar la problemática de definir claramente lo bueno de lo que es malo, bajo que mirada se está evaluando y categorizando, y debe puntualmente valorar en cada caso el equilibrio entre el beneficio y los riesgos potenciales ante cualquier circunstancia o intervención biomédica.

- b. Respeto a la autonomía de las personas: El derecho de cada sujeto a decidir considerado sus valores, tradiciones y creencias sobre cualquier intervención que se pretenda realizar sobre su cuerpo o sobre sus pensamientos y acciones. La concreción más evidente de este principio es la figura del consentimiento informado, necesario para cualquier intervención, y que va más allá de la mera firma previa de un impreso antes de la misma.
- c. No maleficencia: este concepto queda claro al decir que se obliga a todas las personas por igual. Se trata del principio básico de todo sistema moral. Usualmente se formula en términos negativos, como prohibición de producir, intencionada o imprudentemente, daño a otros, con un mayor nivel de exigencia que el de la obligación a proporcionar un bien.
- d. Justicia: Queda clara al considerar que se debe enfocar en el que todos los seres humanos son iguales en dignidad y derechos, hace que en cada intervención sanitaria, se deba tener claro que ante situaciones iguales puede actuarse de una forma similar, y realizándolo de forma diferente ante situaciones distintas, manteniendo siempre abiertas las posibilidades de los demás seres humanos. En general, se debe dar más importancia al criterio de necesidad, y los recursos sanitarios se entienden dirigidos hacia quienes necesitan de ellos.

Uno de los primeros acercamientos hacia la bioética en el tratamiento de la anorexia

El caso Ellen West es fundamental para el estudio de las consideraciones bioéticas en el tratamiento de los trastornos de las conductas alimentarias de riesgo, Figueroa (2011) refiere en su análisis a este tratamiento donde menciona el cómo este caso representa un hito en la historia de la anorexia nerviosa ya que su estudio clínico fue analizado a profundidad, tratado en un sentido riguroso y dedicado, considerando tanto la sintomatología como en poesías, pensamientos, cartas, esbozos biográficos escritos por la paciente, además de datos proporcionados por el esposo y familia (Figueroa, 2011). El estudio a la paciente lo tenía todo, psiquiatras destacados, numerosos intentos de terapia, el psicoanalista fue especialmente cuidadoso en acatar las normas y máximas de acción, el secreto médico, la verdad compartida entre psiquiatra y paciente y la aceptación de todos los procedimientos terapéuticos y sus posibles variantes, aunque fueran opuestos a sus valores personales y hasta se pronosticó el fatídico final de la paciente. Lo que permite analizar es que si tenía todo para salvaguardar la vida de la paciente ¿qué fue lo que sucedió? ¿El suicidio de la paciente pudo ser evitado?, El error proviene que se toma en sentido psicológico lo que el psicoanalista habla en sentido existencial propio del análisis existencial. “Yo soy yo mismo auténtico o propio, existo auténticamente allí donde abro la situación decididamente en el actuar, en otras pala-

bras, donde el futuro y el pasado se reúnen en el presente auténtico” (Acosta, 2009). En la actualidad que se ha pasado de una ética basada en las virtudes a una ética sustentada en el deber, siempre bajo la persecución de una vida buena antes de la autonomía del paciente. Eso significaría que el caso de Ellen West hoy sería manejado éticamente de otra manera, no se sabe si mejor, pero, en cualquier caso, diferentemente (Figueroa, 2011).

Bioética y anorexia ¿una cuestión de autonomía?

El personal de la salud se encuentra constantemente bajo dilemas éticos cuando se habla del trastorno mental Anorexia Nerviosa, ya que uno de los principios fundamentales, la Autonomía, puede jugar un papel importante en el cambio y mejoramiento del paciente, puesto que este inclina a respetar el derecho de decidir sobre la propia vida considerando el riesgo de comprometer la salud física y arriesgando al paciente, incluso el que llegue a la muerte. En estos casos el principio de Beneficencia donde muchas veces el equipo de salud opta como medida de tratamiento coercitivo que incluyen forzar la alimentación por sonda nasogástrica u otras vías, en distintos casos requeridos, debiendo someter al paciente a vigilancia estricta, considerando el respeto a la privacidad y dignidad de cada persona (Aguirre, 2017). En algunos casos relacionados con los cuatro principios básicos de la bioética pueden presentar divergencias y entre el personal de salud generar cuestionamientos éticos profundos sobre la realidad de la práctica clínica (Aguirre, 2017).

En el caso específico de la Anorexia Nerviosa crónica severa es importante destacar que es la enfermedad mental con mayor índice de mortalidad y con la menor esperanza de vida asociada, usualmente quienes la presentan no generan ingresos económicos y no son consumidores de servicios sociales, y los gastos generados por sus complicaciones deben ser absorbidos por familiares generando frecuente agotamiento de cuidadores y terapeutas. Se ha considerado que la calidad de vida en estos casos es comparable a la de pacientes con Esquizofrenia.

Considerando el análisis de varios casos tratados y sobre todo tras la reflexión desde los principios de la bioética como conclusiones respecto al tratamiento de los pacientes con Anorexia (Aguirre, 2017), en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, publicada en el año 2009, indica que se debe:

- Mantener expectativas realistas y hablar con claridad y transparencia de la situación con pacientes y familiares.
- Optar por un modelo de tratamiento no coercitivo, evitar forzar la alimentación y no recurrir a ingreso hospitalario salvo en casos de urgencia médica (intervención en crisis), centrándose en un modelo de reducción del daño y mejora de calidad de vida.

- Facilitar la mejora de otras áreas, fomentar un abordaje psicosocial, relaciones sociales, actividades de interés.
- Reunirse con los familiares y establecer comunicación y acuerdos con el equipo terapéutico.
- Fortalecer el vínculo terapéutico desde la posición de la aceptación, escucha activa y acompañamiento, tomando en consideración principal en todo momento los deseos y motivaciones de la paciente.

Obesidad y bioética

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) señala que el aumento de peso corporal provoca una preocupación genuina por la creciente incidencia de sobrepeso y obesidad, afectando especialmente a la población infantil (Hernández et al., 2016). Muchas veces esto está relacionado con los intereses provenientes de corporativos alimentarios y farmacéuticos y por el apoyo mediático que ha contribuido a que importantes sectores de la población se declaren conformes con su estado corporal, aunque se encuentre desviado de un estado saludable, y que se incremente la solicitud de que se suspenda la estigmatización contra ellos y se acepte un índice de masa corporal por arriba de los parámetros normales como algo saludable. Una posible solución para la mejora de este problema, está en enfocarse en las condicionantes socioeconómicas, orientaciones culturales locales, tradiciones sociales e idiosincrasias individuales, factores que dependen de valores que ocupan a la bioética: autonomía, protección, beneficios, daños, riesgos. Desde la ética se ha planteado insuficiencia y la necesidad de evaluar las medidas contra la obesidad, en cuanto a su cumplimiento hipocrático "*primum non nocere*" (primero la salud) (Kottow, 2016). La perspectiva ética solicita evitar que se arraigue la autorresponsabilidad por mantener un peso corporal fuera de lo normal, así mismo de abandonar la idea de reducción de los valores de Índice de Masa Corporal (IMC) por debajo de lo normal y dejar de culpar a las personas con sobrepeso y obesidad, por el fracaso de programas individuales que desatienden el entorno estructural y refuerzan las desigualdades en salud (Ten Have et al., 2012). La bioética de la obesidad recibe poca atención, y se requiere que las naciones afectadas por desigualdades socioeconómicas marcadas (altos índices Gini persistentes en Latinoamérica), tengan su propia evaluación sobre la génesis de la obesidad, las características nutricionales de la población y, ante todo, el acuerdo, la legitimidad, la factibilidad y eficacia de contener la obesidad y sus consecuencias, siendo que la obesidad en un contexto neoliberal es responsabilidad de cada individuo y la elección de estilos de vida (Phipps, 2014).

Los programas de salud poblacional tienen, en materia de obesidad, el dilema de sugerir hábitos dietéticos saludables y de proponer cambios en estilos de vida que

claramente solo son relevantes para sectores económicos capaces de reorientar su modo de vida hacia mayor actividad física y menos sedentarismo, y proponer la visión de un cuerpo sano, aceptación, pero procurando siempre un principio de Beneficencia, presentando la problemática y con la definición clara de lo que es bueno y de lo que es malo. Las actividades promocionales deben ser analizadas desde su efectividad, el contexto cultural en que se despliegan, y los valores éticos comprometidos en las personas y poblaciones a quienes se dirigen (Dawson y Grill, 2012), considerando el respeto a la autonomía de las personas, pensando en el derecho de cada sujeto a decidir considerado sus valores, tradiciones y creencias sobre cualquier intervención que se pretenda realizar sobre su cuerpo o sobre sus pensamientos y acciones, pero haciendo conciencia siempre sobre la importancia de preservar la salud. Un punto a considerar y que serían medidas coercitivas contra las conductas obesogénicas y que podrían considerarse una transgresión ética inaceptable, sería realizar acciones utilizando la heurística del miedo, propuesta por Hans Jonas para otro contexto donde fueron de efectividad limitada en la campaña contra el tabaquismo, donde se mostró la relación entre tabaco y cáncer, y que se tuvieron que emplear otras medidas como las prohibiciones de fumar en espacios públicos cerrados y establecer normativas que limitan los espacios de expendio de cigarrillos en la cercanía de escuelas.

Discusión

Las consideraciones de la bioética, ha prevalecido en especial el principio de Beneficencia por encima de cualquier otro, se ha visto reflejada desde la medicina de Hipócrates, siendo esencial salvar la vida aún a riesgo de contradecir los deseos del paciente, no obstante tras el nacimiento de la bioética se considera que prevalece el principio de Autonomía sobre cualquier otro, considerando que el paciente tiene las capacidades psicológicas adecuadas para la toma de decisiones y que puedan resolver sus condicionantes de salud. Los pacientes con TCA en ocasiones tienen por parte del personal de salud, el privilegio de la autonomía y por ende de rechazar cualquier tratamiento evaluado según criterios clínicos y por no identificar la poca capacidad del paciente en la toma de decisiones para la mejora de su salud, el consentimiento informado en estos casos, aunque evalúa de manera objetiva su capacidad de autonomía radical juega un papel fundamental para el rechazo, por parte de estos pacientes, el tratamiento.

En el caso de la obesidad la bioética latinoamericana reconoce los factores estructurales socioeconómicos que limitan el ejercicio de autonomía de los menos empoderados, por lo cual se deben mejorar las estrategias específicas para cada población incrementando la necesidad de mejorar la visión de estos pacientes ante, si la aceptación, pero siempre y cuando esté ligada a un estado

de salud óptimo sin riesgo a generar comorbilidades o la muerte. La obesidad es un ilustrativo ejemplo de este requerimiento de la bioética la salud pública, donde la desigualdad social genera un desapego a las poblaciones más vulnerables.

Referencias

Acosta, G. M., (2009). *Binswanger y el análisis existencial*. Revista EAN, (67), 121-138. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300009&lng=en&tlng=es.

Aguirre, I., Nadolu, E., Bermúdez de la Puente, C., Mangué, J., Chacartegui, B., y Mayorquín, A. L. (2017). *Bioética y anorexia ¿una cuestión de autonomía?*. Disponible en: <http://congresopsicologia.psiquiatria.com>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association. Calderón, C., Forns, M., y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647. doi: 10.3305/nh.2010.25.4.4477

Dawson, A., e Grill, K. (2012). Health Promotion: Conceptual and Ethical Issues, *Public Health. Issues*, 5(2), 101-103.

Dawson, A., & Verveij, M. (2015). Public Health: Beyond the Role of the State. *Public Health Bioethics*, 8(1), 1-3.

Figuerola, G. (2006). *Ortega y Gasset y la psiquiatría biológica: "Si queremos que todo siga como está, es necesario que todo cambie"*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 44, 134-146.

Figuerola, G. (2011). "El caso Ellen West": la ética médica en los albores de la anorexia nerviosa. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 104-112. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200006&lng=es&tlng=es

García Pérez, M. A. (2006). *Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica*. Revista Administración Sanitaria, 4(2), 341-356. Recuperado en noviembre 29, 2019, disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-los-principios-bioetica-insercion-social-13091842>

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). GUIASALUD. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf

Hernández, M. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio camino (ENSANUT-medio camino 2016), Informe final*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/descargas.php>

Kottow, M. (2016). Obesidad y bioética. *Revista Redbioética/UNESCO*, año 7, 2 (14), 121 – 121.

Phipps, A. (2014). *The Politics of the Body*, Polity Press. Cambridge: Malden.

Penelo, E., Negrete, A., Portell, M., y Raich, R. M. (2013). Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and norms for rural and urban adolescent males and females in Mexico. *PloS One*, 8(12), e83245. doi: 10.1371/journal.pone.0083245.

Siurana A, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* (22), 121-157. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>

Ten Have, M., Van Der Heide, A., Mackenbach, J. P., & De beaufort, I. D. (2012). An ethical Framework for the prevention of overweight and obesity: a tool for thinking through a programme's ethical aspects. *European Journal of Public Health*, 23(2), 299-305.

Trapaga, M. (2018). La bioética y sus principios al alcance del médico en su práctica diaria. *Archivos de Investigación materno infantil*, 9 (2). 53-59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2018/imi182c.pdf>

EL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO *DE LA PERSONA* CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Resumen

Existen distintas alteraciones relacionadas con los procesos de alimentación, en términos de forma, cantidad y calidad de la ingesta, denominados trastornos de la conducta alimentaria; estos se caracterizan por alteraciones en la conducta en la percepción de la forma y el peso corporal; pueden causar desnutrición, afecciones cardíacas e incluso la muerte. Son difíciles de tratar y permanecen ocultos hasta para las personas más cercanas de quien presenta.

La anorexia y la bulimia han sido estudiados con gran amplitud, queda claro que es una problemática multicausal; dentro de los factores de riesgo más identificados se encuentran los problemas emocionales y de personalidad; presiones familiares, una posible alteración genética, factores culturales intrínsecos como la edad, el sexo, índice de masa corporal, entre otros.

Preeminente, debe ser la Bioética en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, considerando que si ésta se ocupa de aquellos asuntos que ponen en juego o en riesgo la integridad o la existencia de la persona humana, la propuesta de la psicología positiva que adopta un paradigma salutogénico, en donde se propugna que el hombre se hace fuerte y es capaz de aprender de todas sus vivencias, sea placentera o adversa. Esta perspectiva, prioriza la recuperación y el desarrollo del individuo y por ende la integridad y la dignidad de la persona.

El propósito de este trabajo es presentar consideraciones con respecto a la intervención psicológica que se realiza con personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: *trastornos de la conducta alimentaria, tratamiento y resiliencia.*

Introducción

Bioética en la intervención Psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones en la conducta en la percepción de la forma y el peso corporal; pueden desencadenar múltiples afectaciones físicas e incluso la muerte.

Fassino et al., (2007) (citados en Méndez, et al., 2008) mencionan que los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica.

Según Nardone y Selekmán (2013) los pacientes afirman que “Hartarse, vomitar y lesionarse aparecen en primer lugar como comportamientos compensatorios de un sufrimiento psicológico (Efecto sedativo al dolor psíquico) y sucesivamente, a través de la repetición en el tiempo, se convierten en una auténtica compulsión placentera e irreprimible”

En la actualidad se tiene un consenso general de que los desórdenes alimentarios en su origen y desarrollo, tienen componentes biológicos, psicológicos y socioculturales, por lo que, el abordaje debe ser inter y multidisciplinar tanto en el plano de la intervención como en la investigación (Sánchez-Sosa & Villareala-González, 2010)

En el caso específico de la anorexia, Figueroa (2008), plantea diversas dimensiones bioéticas que deben considerar los profesionales de la salud al tratarla, ya que pueden convertirse en dilemas éticos de vida o muerte, puesto que la persona que tiene un trastorno alimentario está en su derecho de oponerse a recibir el tratamiento que podría evitar el riesgo de agravar su condición y morir, sin embargo, ante los parámetros que se han establecido en el ámbito clínico, que pueden reflejar el estado de gravedad de la paciente, es posible incorporar las razones ponderadas para actuar a favor del principio de beneficencia, como lo han sustentado otros autores como Rosillo, et al., en el 2018. Cuando se habla de bioética en el ámbito de la conducta alimentaria, en el plano individual, de acuerdo a Lolas-Stepke (2014), el someterse a una norma externa es un proceso de heteronomía, que implica que la persona renuncia a su decisión autónoma, para confiar en los principios que a veces son desagradables, punitivos y contradictorios a sus tendencias espontáneas, no necesariamente saludables y que predisponen a la trasgresión de la conducta alimentaria “permitida”, dando lugar a sensaciones difóricas y sentimientos de culpa por dichas trasgresiones, dado que “las dietas estrictas son causa y no solución de los problemas clínicos del comportamiento alimentario”.

Al reflexionar sobre la bioética en el plano grupal y social, Lolas-Stepke (2014) señala que la multideterminación de la conducta alimentaria sustentada en las necesidades biológicas, simbólicas y sociales debe ser tomada en cuenta en las políticas públicas, dado que no se trata solo de realizar balances calóricos o equilibrios dietéticos por parte de los profesionales de salud, para evitar los riesgos de los trastornos, específicamente el de la obesidad, es nece-

sario enfocar las disparidades en los accesos a los bienes y servicios, desventajas sociales y otros determinantes que sustentan la inequidad.

El abordaje del tema de trastornos de la conducta alimentaria y bioética, como se mencionó anteriormente, es complejo, debido a que se enfrenta problemáticas que dificultan la evaluación y tratamiento, ya que quien lo padece puede presentar una actitud negadora, escasamente colaboradora y las personas más cercanas al paciente pueden permanecer al margen del conocimiento de tal situación. Por estas razones la entrevista clínica debe denotar un estilo empático, evitando actitudes o comentarios críticos o culpabilizadores.

Los hábitos y modelos alimentarios actuales, han impactado los valores estéticos los jóvenes presentan, en general preferencia por conseguir una figura delgada idealizada, lo que se traduce cada vez más en conductas de riesgo que les predispone a trastornos de la conducta alimentaria; muy probablemente, los adultos que los padecen iniciaron conductas sintomáticas en la adolescencia ya que las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17.7. La expansión de los padecimientos ha implicado también su aparición en edades cada vez más tempranas. Los trastornos alimenticios presentan tanto en hombres como en mujeres (Paz Mamani, 2016)

El foco de atención se ha mantenido en la población femenina como blanco de los trastornos de conducta alimentaria, sin embargo, Silva, Millán y González (2017), realizaron un estudio con adolescentes mexicanos, de dos contextos socioculturales: (tradicional vs no tradicional), sobre los roles de género y su asociación con las actitudes negativas hacia la alimentación, encontrando que “las características *negativas* del rol de género, predicen las actitudes negativas hacia la alimentación: sumisión para las adolescentes de los contextos tradicionales y machismo para las de contextos no tradicionales” (p. 41). Los mismos autores concluyeron que, en lo que concierne al ajuste del rol de género las adolescentes del contexto no tradicional mostraron un mayor desajuste en los roles que desempeñan que las del contexto tradicional, y esto, de acuerdo a la literatura en que se apoyaron, tiene que ver con que las adolescentes de contextos no tradicionales se encuentran más presionadas por sus pares para cumplir ideales que están alejados del rol de género que marca la estereotipia.

De acuerdo a Radilla et al. (2015) en México, la prevalencia de la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes de secundaria, va en aumento, porque en la actualidad la mayoría de los hombres no están satisfechos con su cuerpo, ya sea porque quieren estar más delgados o porque quieren aumentar masa muscular. En un estudio realizado por Gayou-Esteva y Ribeiro-Toral (2014) identificaron un mayor porcentaje de conductas de riesgo alimentarias en varones que en mujeres estudiantes de secundaria en Querétaro, México.

Méndez, Vázquez y García (2008) mencionan que el origen de los TCA no ha podido ser explicado, sin embargo puede decirse que surgen en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica; asimismo, Fairburn y Bohn en el 2005 (citados en Celis & Roca, 2011) afirman que se caracterizan en su mayoría por la migración diagnóstica, pocos pacientes mantienen en el cuadro inicial con el que comenzó, la gran mayoría muda entre los diferentes diagnósticos de los trastornos de conducta alimentaria; esta migración no es al azar, sino que muestra la tendencia de los trastornos a debutar con la restricción alimentaria, es decir, con el control estricto de los pacientes sobre la dieta. A menudo esto se rompe en relación con diferentes circunstancias y se desarrolla el trastorno por atracón, que irá seguido, o no, de conductas compensatorias para el control ponderal.

Los síntomas que aparecen en los trastornos de la conducta alimentaria incluyen variables físicas, conductuales, cognitivos y emocionales por lo que la evaluación ha de incluir este amplio abanico de factores, valorados a través de la entrevista clínica. De igual forma que el tratamiento de este tipo de patología ha de realizarse por distintos profesionales, la evaluación ha de ser multidisciplinar, tal y como lo establece el paradigma salutogénico (Fernández-Aranda & Turón, 2004).

González y Caballer (citado en la Guía de Trastornos Alimenticios de la Secretaría de Salud, 2015) mencionan que [...] las personas con trastornos alimenticios presentan, alto rendimiento estudiantil como desempeño escolar o profesional, en contraposición con desajustes en lo social, sexual y en su caso, marital.

Bully, Elosua y López-Jauregui, 2012; Nye y Cash, 2006; Schwartz y Browell, 2004; Garner, 2002; Stice, 2002, (citados en Berengüi, et al., 2016) mencionan que dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran los problemas emocionales y de personalidad; presiones familiares, una posible alteración genética; factores culturales intrínsecos como la edad, el sexo; índice de masa corporal; antecedentes familiares de obesidad; entre otras variables psicológicas como baja autoestima, falta de asertividad; rasgos obsesivos; alteraciones de la imagen corporal y comorbilidad de estados emocionales como depresión y ansiedad.

Asimismo, Altamirano, Vizmanos y Unikel (citado en Berengüi et al., 2016) menciona conductas alimentarias de riesgo (CAR) que incluyen un amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, y todos ellos están dirigidos a controlar o reducir el peso corporal. Entre esas conductas destacan, por ejemplo, los atracones, el seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, el vómito autoinducido y la práctica de ayunos siendo la imagen corporal una de las variables asumidas como de mayor peso y relevancia para com-

prender el origen y el mantenimiento de las Conducta Alimentarias de Riesgo.

La construcción de la propia imagen cobra una importancia singular, ya que entiende al cuerpo como un territorio lo que significará que nos reencontremos con lo que somos, personas que habitamos cuerpos y que esta marca nuestra identidad. No sólo se vive en un espacio territorial físico geográfico, que esta a su vez categorizado por clases y posiciones sociales, vivimos en territorio personal y existencial que es nuestro propio cuerpo, quien actúa como el territorio de nadie para marcar las fronteras entre nuestro espacio externo social y nuestro espacio interno subjetivo. *El cuerpo es la vía de conexión entre ambos terrenos* (Torres Sarmientos, 2014, p.84)

Es claro que la imagen corporal posibilita la identidad y significa que nos reencontremos como persona por lo que no hay forma autoliquidaría que el hacer que la persona vea a su cuerpo como algo inadecuado, que lo niegue o lo desconozca, con una distorsión de su imagen corporal, que pierda consciencia del mismo y sus necesidades, pierda la capacidad de gozo, de tener un sentido de vida, por lo que es clave identificar insatisfacción corporal entre otros factores con la finalidad intervenir a un nivel preventivo desde edades tempranas y contribuir con educación de calidad al respecto.

La evaluación del estado mental se realiza explorando los síntomas específicos del trastorno (criterios diagnósticos) y los síntomas inespecíficos: depresión, ansiedad, obsesividad, ideación suicida, impulsividad. Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, principalmente trastornos depresivos y de ansiedad; en las formas purgo-bulímicas son además frecuentes las conductas impulsivas y los intentos autolíticos con o sin intención suicida. El conflictivo familiar que puede producirse en algunas etapas del curso clínico puede llevar al paciente al ingreso urgente (Madruga, Acerete, Trabazo & Lambruschini, s/f)

En el 2005 Favaro y colaboradores mencionan que hay que distinguir entre los actos autolíticos mayores, característicos de las personas que padecen esquizofrenia o demencia y actos autolíticos menores, distintivos de personas que carecen de control de la impulsividad o están afectadas por una patología compulsiva (citado en Nardone, 2013)

Nardone (2013), sugiere que si se interviene con éxito en la compulsión alimentaria, muchas veces desaparece también el comportamiento autolítico, o será suficiente añadir unas cuantas maniobras terapéuticas para eliminarlo. En cambio, si se anulan primero los comportamientos autolíticos, el trastorno de la conducta alimentaria permanecerá y para eliminarlo, se requerirá una terapia completa y no solo unas cuantas maniobras específicas añadidas a la intervención anterior.

Suelen utilizarse instrumentos para diagnosticar los TCA

tales como Test de Actitudes hacia la Comida (EAT-40; Garner & Garfinkel, 1979), para evaluar las variables relacionadas con las actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa; y, por último, el Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987), encaminado a detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal, los cuales deben complementarse con la entrevista diagnóstica individuales y grupales, historias de vida entre otras técnicas, utilizando los 4 criterios del manual de diagnóstico y estadístico DSMV y la clasificación de los trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud para atención primaria CIE-11-AP.

Saldaña (2001), hace referencia sobre resultados de algunas investigaciones donde se ha demostrado que para la bulimia nerviosa y para los trastornos por atracón moderados y graves, la terapia cognitivo conductual es efectiva frente a otras alternativas de tratamiento, siendo la terapia interpersonal una elección viable cuando la cognitivo conductual fracasa. En los trastornos por atracón leves, han mostrado eficacia los programas de autoayuda. El panorama en el tratamiento de la anorexia nerviosa es diferente; el único tratamiento que hasta el momento ha probado su eficacia es la rehabilitación nutricional. Sin embargo para este trastorno es necesario aun el desarrollo y aplicación de programas estructurados bajo el paradigma salutogénico; en donde se priorice la combinación de los Recursos Generales de Resistencia y el abordaje multidisciplinar.

Un aspecto de gran cuidado en la bioética es el tratamiento farmacológico que muchas veces en miras de favorecer los intereses de mercado se violan los principios básicos de la bioética ya que está por encima del derecho de las personas y esto es muy peligroso; no se niega que la industria farmacéutica mundial ha aportado enormes ventajas al tratamiento de las enfermedades, pero la Gran Pharma no es una industria cualquiera y requiere ser rentable (Lázaro Pérez Peña & Jiménez Rodríguez, 2014)

Méndez et al., (2008) expone que se presenta, además la dificultad que no existen tratamientos farmacológicos o nutricionales de eficacia demostrada, por lo que éstos se dan mediante grupos interdisciplinarios, basándose en psicoterapia, estrategias de apoyo durante el proceso psicoterapéutico y un programa psico-educativo las técnicas básicas son cognitivo conductuales 1) Plan de vida en donde se incluyen las indicaciones nutricionales, 2) Técnicas conductuales, 3) Técnicas cognitivo-conductuales, 4) Técnicas familiares. El equipo tratante, el enfermo y la familia deben ser realistas respecto al tratamiento, que a menudo es un proceso a largo plazo Asimismo, Celis y Roca (2011), indican que cuando se trata de analizar la eficacia de tratamientos, no se puede limitar al uso de comparaciones estadísticas que sólo indican si una condición cambia estadísticamente más que la otra, ya que este tipo de comparaciones no proporciona información sobre si este cambio implica una mejo-

ría clínicamente significativa en los participantes tras el tratamiento.

Se ha utilizado el tratamiento cognitivo conductual según la visión transdiagnóstica propuesta por Fairburn, el cual incluye el tratamiento de todos los TCA y en su versión principal, se estructura en cuatro etapas desarrolladas en un total de 20 sesiones a lo largo de 20 semanas (Celis y Roca, 2011)

Es importante señalar que ante este tipo de tratamiento psicológico no todos los pacientes responden positivamente y en muchos casos los cambios no son permanentes.

Ante esta realidad se expone a continuación otra opción en el tratamiento basado en el modelo propuesto por Nardone y Selekmán (2013), el cual ha sido poco difundido ya que rompe con paradigmas que desplazan el criterio basado en el estudio de los problemas (el diagnóstico) y en el estudio de las soluciones (la terapia) el cual se considera cumple más con el paradigma salutogénico y con los principios de la bioética de respeto a autonomía y dignidad de la persona; el modelo ha sido aplicado a más de 2,500 pacientes demostrando su eficacia con un 79 % de casos resueltos, proporcionando así una prueba empírica, y también transcultural, de su eficacia.

Terapeutas de todo el mundo, formados bajo este modelo ponen en práctica estas estrategias terapéuticas con lo que se puede destacar su eficacia transcultural.

Nardone et al., (2013) presentan un prontuario de estrategias que les ha permitido desarrollar un modelo riguroso y flexible de 12 sesiones para la terapia en tiempo breve, una intervención rápida, en un modelo terapéutico construido a medida del paciente que rompe con la lógica perversa del trastorno; este surge como resultado de décadas de investigación e intervención.

Castelnuovo et al., en el 2011 (citado en Nardone et al. 2013) compararon este resultado con el obtenido por la terapia cognitivo conductual, considerada por los defensores del tratamiento con apoyo empírico un enfoque-parámetro para la evaluación de la eficacia terapéutica). Esta terapia resulta ser capaz de obtener resultados positivos en los casos de bulimia nerviosa no superiores al 50% al final del tratamiento, y resultados más reducidos aún en los follow-up de control (Clark, 1995; Craighead, Agras, 1991; Mitchell et al., 1985; Keel, Mitchell, 1997, citados en Nardone, 2013).

El Centro Auxológico de Milán reporta investigaciones realizadas por Castelnuovo en 2010, con una metodología del ensayo clínico aleatorio y de la medicina basada en la evidencia, en donde se comparan los resultados de los pacientes afectados por el trastorno de atracón, tratados con terapia cognitivo-conductual con los de los pacientes tratados con la terapia breve estratégica de Nardone. De ese estudio se deduce que los resultados de la terapia breve estratégica son superiores tanto en la fase final del tratamiento, como durante la fase de seguimiento posterior al tratamiento.

La investigación indica que la habilidad del terapeuta reside en su capacidad de hacer surgir y **utilizar las competencias, las ideas de cambio y las preferencias de los pacientes**, a fin de permitirles alcanzar sus objetivos de la forma más eficiente posible (Siver-Cohn, 2010; Selekmán, 2009; Duncan et al., 2010 y Hubble et al., 1999 (citados en Nardone, 2013).

En este modelo se requiere crear con los pacientes, sus programas originales a favor del cambio que son útiles como hojas de ruta para el éxito terapéutico. A partir de su proyecto de planes de cambio, se les ofrece la posibilidad de elegir entre una variedad de opciones de experimentos terapéuticos y rituales que los pacientes pueden elegir. Al ofrecer a los pacientes un experimento de preasesoramiento se obtienen cinco beneficios:

Acceder a lo que ya funciona (las habilidades de afrontamiento autogeneradas y las estrategias de resolución de problemas funcionales);

Aumentar la conciencia de los pacientes y prestamos atención a los momentos no problemáticos y asintomáticos en los que han asumido un cierto control sobre sus dificultades;

Conseguir hacerles reflexionar sobre este aspecto, lo que les proporciona una sensación de autoeficacia;

Posibilidad de aumentar sus esperanzas y los niveles de optimismo;

Tomar acuerdos sobre la duración del tratamiento, puesto que la primera sesión pasa a ser la segunda.

Asimismo, el modelo de las inteligencias múltiples, desarrollado por el psicólogo Howard Gardner, ofrece a los terapeutas un marco muy valioso para planificar intervenciones a medida, basadas en las capacidades originales de los clientes.

Reflexiones finales

El abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria implica todo un reto para los profesionales de la salud, ya que constituye un fenómeno complejo. Visualizándolo como un problema de salud, reflejan gran parte de lo que ocurre en la sociedad actual, la indiscutible multicausalidad de estos trastornos obedece a los distintos factores que intervienen en su comienzo y desarrollo, por un lado, la parte psicológica conlleva la construcción de creencias y percepciones, variables que inciden en las conductas de riesgo que dañan la salud, dichas creencias y percepciones se encuentran vinculadas a los factores sociales y culturales, ya sea desde el núcleo familiar hasta los mecanismos inmersos en un sistema social en el que prevalece la ideología capitalista, no solo de consumo y mecanismos de presión social, sino de injusticia social y falta de acceso a una adecuada alimentación, aunado a la vulnerabilidad genética como una de las variables biológicas importantes.

Algunas personas pueden ver beneficios sobre todo al inicio de los síntomas, dentro de los tratamientos más

difundidos y utilizados está el tratamiento con enfoque cognitivo conductual que han sido efectivos para el manejo de los trastornos alimentarios, sin embargo, no siempre es suficiente el cambio de pensamiento y la conducta en las personas con trastornos de la conducta alimentaria. Es importante ofrecer otras opciones de tratamiento donde se explore y se profundice en las problemáticas vinculadas a los trastornos; como el trabajo de aumentar la autoestima y mejorar la autoeficacia, tal y como lo hace la intervención breve, como la terapia breve estratégica de Nardone cuyo objetivo es romper círculos viciosos y provoca cambios significativos en algunos pacientes.

Tener siempre presente una visión sistémica compleja en donde el análisis de la interacción entre los subsistemas (integrados por la persona que presenta un trastorno de la conducta alimentaria, la familia, el personal de salud, entre otros) así como trabajo de distintas dimensiones como la cognitiva, la emocional y la conductual; que permita un trabajo más amplio e integral de la problemática de salud como los trastornos de la conducta alimentaria. Tener siempre como eje fundamental la bioética para toda decisión en la práctica clínica en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, priorizando así la sanidad y la prevención, pautada en intervenciones que faciliten la recuperación y el desarrollo del individuo; por ende, la integridad y la dignidad de la persona (Vásquez, 2008).

Todo lo anterior, implica una perpetuación creciente de las consecuencias en la salud alimentaria, que lleva a reflexionar sobre las omisiones y desaciertos que se han venido dando en la atención a este tipo de problemas, una mirada dentro de la bioética sobre las responsabilidades de los actores sociales involucrados en este escenario, permitirá encontrar el camino para que sean asumidas debidamente, comenzando por las instituciones de gobierno, que necesitan abonar en la creación de políticas públicas que establezcan los contextos adecuados para la promoción de calidad de vida como parte fundamental de la dignidad de la persona y prevención de estos problemas, así como del respaldo institucional de los servicios de salud pública, para tratarlas. La responsabilidad de los profesionales de la salud es la de realizar un trabajo inter y transdisciplinar, que permita conocer y comprender cada caso, llámese persona o comunidad; una visión integral, que asocie la salutogénica con la bioética que permita el abordaje apropiado de ellos en los distintos niveles de atención: promoción, prevención e intervención.

Referencias

American Psychological Association (APA). Enmiendas 2010 "Principios éticos de los psicólogos y código de conducta de los psicólogos" Principios éticos de los psicólogos y código de conducta de los psicólogos de la American Psychological Association (APA) [en línea] (Consultado el 23 de agosto 2019). Disponible en: [http://](http://www.proyectoetica.org/descargas/normativas_deontologicas/APA%202010.pdf)

www.proyectoetica.org/descargas/normativas_deontologicas/APA%202010.pdf

Amaya, A., Álvarez, G., Ortega, M. y Mancilla, J. M. (2017). Influencia de pares en preadolescentes y adolescentes: Un predictor de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 2017, (8): 31-39.

Berengüi, R.; Castejón, M. A.; Torregrosa, M. S. (2016, enero-junio) Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 7, núm. 1, Universidad Nacional Autónoma de México Tlalnepantla Edo. de México, México [en línea] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425746132001.pdf>

Celis, A., y Roca, E. (2011) Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión Transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1) [en línea] (consultado el 11 de septiembre del 2019). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3440/344030765002>

Figueroa, G. (2008). Bioética de la anorexia nerviosa ¿autonomía, beneficencia o responsabilidad? *Revista Médica Chilena*, 136: 659-665.

Garyou-Esteve, U. y Ribeiro-Toral, R. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5 (2014): 115-123, FES Iztacala UNAM.

González, L, Unikel, C., Cruz C., y Caballero, A. (2003) Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*; Vol. 26, (3): 2,4.undefi-undefi Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58232601.pdf>

Lolas-Stepke, F. (2014). Etica y conducta alimentaria, la obesidad y sus desafíos. *O Mundo da Saude, Sao Paulo*, 2014, 38 (3):349-354.

Lázaro-Pérez, J., y Jiménez, D. (2014) El discreto encanto de los medicamentos. Debate. *Revista Cubana de Salud Pública*. 40(4): [en línea] Disponible en: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v40n4/spu10414.pdf

Madruza, D., Acerete, R., Trabazo, L. Y Lambruschini Ferri N. (s/f) Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. [en línea] (Consultado el 10 de agosto del 2019). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf

Méndez, J., Vázquez, V., y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es&tln=es.

Nardone, G. y Selekman, M. (2013) *Hartarse, vomitar, torturarse. Terapia en tiempo breve*. Traducción: Maria Pons Irazazábal. Barcelona. Editorial: Herder

Ocampo, J. (2013Oct.) Bioética y psicología clínica: reflexiones Joaquín, *Revista de la Asociación Médica del Centro Médico ABC* Vol. 58, Núm. 4 [en línea] Disponible en: Recuperado en <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc134f.pdf>

Paz Mamani, M. (2016) “Factores asociados a síntomas de problemas alimenticios en estudiantes de la universidad privada de TACNA ciclo 2014- II. Tesis de grado licenciatura. TACNA – PERU. (Consultado el 22 de septiembre del 2019). Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/UPT/208/1/Paz-Mamani-Magdalena-Del-Carmen.pdf>

Pérez Rodríguez, A. (2018) Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología Memoria para optar al grado de doctor. Madrid Universidad Complutense de Madrid

[Radilla, C. C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J.A. y Coronel, S. \(2015\). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con conductas de ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 2015, 21 \(1\): 15-21.](#)

[Rosillo, Alcántara, M., Rodríguez, M. A. y Giménez, S. \(2018\). A propósito de un caso: La dificultad en la toma de decisiones en casos de anorexia nerviosa. En Rodríguez Delgado, J. Vulnerabilidad, justicia y salud global. *ILEMATA, Revista Internacional de Ética aplicadas*, 26: 63-70.](#)

[Sánchez-Sosa, J. C. y Villarreal-González, M. \(2010\). *La Psicología de la Salud y los Desórdenes Alimenticios en México: un Análisis Teórico y Prospectivo*. En Prospectiva de la Psicología de la Salud en México, Comp. Fuensanta López, Cap. 4, Consorcio de Universidades Mexicanas. Pachuca de Hidalgo, México.](#)

[Silva, C., Millán, B. A. y González, K. E. \(2017\). Rol de Género y actitudes alimentarias en adolescentes de dos contextos socioculturales: Tradicional vs no tradicional. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*, enero-junio, 2017, 8 \(1\):40-48. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.](#)

Saldaña, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema CODEN PSOTEG* . Vol. 13, nº 3, [en línea] (Consultado el 6 de agosto del 2019). Universidad de Barcelona. Recuperado en: <file:///C:/Users/Mtra.%20Nora/Downloads/dcart.pdf>

Velásquez, L. F. (2008) Logoterapia y Bioética del suicidio. *Revista CES Psicología* Volumen 1 - Número 2, Julio-Diciembre [en línea] (Consultado el 23 de marzo 2019) Recuperado en: [Dialnet-LogoterapiaY-BioeticaEnLaIntervencionClinicaEnElSui-3179051.pdf](#)

AUTOCOMPASIÓN VS AUTOESTIMA: FACTORES EMOCIONALES QUE INFLUYEN EN LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA OBESIDAD

Sanchez Montiel María Graciela, Páez Huerta Gabriela y Ramírez Gonzalez Issa María,¹

Resumen

Existen propuestas para que el tratamiento de la obesidad sea integral por la relación que tiene con autoestima y depresión. Esta investigación incluyó una intervención basada en atención plena y autocompasión para elevar el nivel de conciencia de estudiantes con sobrepeso y obesidad, además analizar cambios en peso, perímetro de cintura y depresión en la población analizada. **Objetivos:** Evaluar el impacto de prácticas de atención plena y autocompasión, sobre cambios en composición corporal y nivel de depresión de estudiantes con sobrepeso y obesidad de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Veracruzana. **Material y Métodos:** El estudio fue experimental, comparativo, prospectivo y longitudinal; la muestra estuvo constituida por 26 estudiantes del sexo femenino con sobrepeso y obesidad. **Resultados:** El programa de intervención tuvo impacto en el grupo experimental que reportó aumento en atención plena y autocompasión, bajaron de peso, datos estadísticamente significativos al igual que la depresión, en comparación con el grupo control que no tuvo cambios. **Discusión:** Hubo cambios en peso corporal, perímetro de cintura y nivel de depresión después del programa de intervención en atención plena, datos que confirman lo reportado por otros autores sobre la importancia de privilegiar el tratamiento nutricional para personas con obesidad desde una perspectiva holista donde el individuo integra cuerpo-mente y espíritu. **Conclusión:** El programa de intervención en atención plena y autocompasión favoreció que estudiantes con sobrepeso y obesidad tuvieran cambios en peso corporal y perímetro de cintura y disminuyera el nivel de depresión.

Palabras clave: Autocompasión, atención plena, depresión, sobrepeso, obesidad

Introducción

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad es una enfermedad que va en aumento a nivel mundial de manera alarmante; datos actuales reportan que la prevalencia se ha triplicado entre 1975 y 2016, se declara que más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso y más de 650 millones padecían obesidad en 2016, y en el mismo informe mencionan que cada año mueren 2.8 millones de personas a causa de la obesidad y sobrepeso dentro de las enfermedades que destacan son la diabetes, cardiopatía isquémica y algunos tipos de cáncer (OMS, 2017).

En concordancia con lo anterior, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, el 35,5% de mujeres mexicanas de más de 20 años en el 2012 padecían sobrepeso y el 37.5% cursaba con obesidad y para el año 2018 aumentaron las cifras a 36.6 % y 40.2% respectivamente; los datos en hombres de la misma edad son parecidos ya que para el 2012 el 42.6 % padecían sobrepeso y en el 2018 se reporta el 42.5 % aparentemente una ligera baja, sin embargo la obesidad en 2012 se encontraba presente en el 26.8% de adultos y para el 2018 aumentó a 30.5%, en total sumando ambas cifras de sobrepeso y obesidad la prevalencia subió de 69.4% a 73%; cómo se puede observar este padecimiento va en aumento y nada logra frenarlo, ni campañas de los países ni las propuestas de abordaje tanto nutricionales como intervenciones médicas y quirúrgicas.

Son muchas las causas que están originando el aumento de sobrepeso y obesidad a nivel mundial y las investigaciones realizadas en su mayoría son desde el punto de vista biológico, algunos autores como Tamayo y Restrepo (2014) consideran que hay que darle mayor prioridad al abordaje de tratamiento nutricional y que el monitoreo debe incluirse el aspecto psicológico, es decir, que sea un abordaje integral. Los mismos autores mencionan la importancia de considerar los aspectos emocionales presentes en personas con obesidad, dentro de los que destacan baja autoestima, visión distorsionada del cuerpo, la depresión y el autocastigo, y apuntan que son las mujeres las más afectadas por este tipo de emociones (Tamayo y Restrepo, 2014).

En suma, una de las causas por la que no se logra la meta de disminuir los casos de sobrepeso y obesidad, podría ser la forma en que se ha atendido hasta ahora a esta población, es decir, los tratamientos actuales se dan sin considerar el entorno que le rodea al individuo y los introyectos aprendidos en los primeros años de vida, que les lleva a tener problemas no identificados y que la mayoría se relacionan con baja autoestima.

Por lo anterior y ante el problema de obesidad que acosa a nivel mundial muchos autores han investigado, tal es el caso de Contreras (2016) quien en su estudio publicado sobre la relación que existe entre insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niños con obesidad, encontró que las niñas con obesidad son las que tenían mayor insatisfacción corporal, por otro lado, las que tuvieron cualquier peso y mayor insatisfacción corporal mostraron menor autoestima y más síntomas de depresión que aquellas con insatisfacción cor-

¹Facultad de Nutrición Región Xalapa, Universidad Veracruzana. Médicos y odontólogos sin número, Col. Unidad del Bosque C.P. 91010, Xalapa, Veracruz.
Correo: nutrigraciela@hotmail.com

poral no elevada (Contreras, 2016).

De forma similar, Parodi (2015) menciona que el tratamiento de esta enfermedad debe ser multidisciplinario y comulga con la idea que dentro de esa multicausalidad de la obesidad, los factores emocionales deben priorizarse, su investigación tuvo como objetivo identificar ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en 69 participantes adultos. Finalmente concluyeron que el 18.8% tenía ansiedad, el 8.7 % depresión y 44.9 % mostraron trastorno de la imagen corporal, otro dato interesante fue que el 75% mencionaron que comían en respuesta a factores emocionales a lo que los autores le llaman “comer emocional y otro más fue que el 45% de los participantes tenía alexitimia que es la incapacidad para identificar y expresar las emociones, es decir, se refiere a los pensamientos orientados hacia el exterior (Parodi, 2015).

En el mismo sentido, Puhl y Latner (2007) mencionan que la baja autoestima puede estar influyendo para mantener el problema de obesidad, conjuntamente con problemas de depresión además de insatisfacción corporal que presentan cuando no logran cumplir sus expectativas para bajar de peso, por otro lado, Amaya, Álvarez y Mancilla (2010) mencionan que la insatisfacción podría promover la baja autoestima y depresión, generando un círculo vicioso por lo que las personas con obesidad no pueden salir del problema. Se sabe que el autoconcepto y la insatisfacción corporal se forma desde los primeros años de vida, y es en la transición de la infancia a la adolescencia cuando se empieza a observar más esta asociación, además se presenta más en mujeres que en hombres (Puhl y Latner, 2007; Amaya, Álvarez y Mancilla, 2010). Siendo un problema de salud que está avanzando debe ponerse atención y analizar sus causas y formas de atención, Porras (2018) hizo una revisión bibliográfica sobre diferentes terapias e intervenciones que se han utilizado para modificar el comportamiento alimenticio en personas con obesidad, investigaciones que han intentado verificar cuales son las formas de atención que han dado resultado en este tipo de población para la pérdida de peso y se centró en investigaciones donde utilizaron mindfulness o atención plena, en total fueron catorce investigaciones controladas aleatorizadas las que revisó (Porras, 2018).

Dentro de las terapias destacadas mencionadas en su investigación, fueron el MBSR que es una Terapia de Reducción de Estrés basada en Conciencia Plena, el MBCT que es terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión, otra fue el MB-EAT que consiste en dar capacitación de una alimentación consciente también basada en atención plena, el ACT que es una terapia de aceptación y compromiso y finalmente la DBT que es una terapia dialéctica conductual; como se puede observar todas son terapias que pretenden hacer cambios de conducta y conscientización dirigidas a personas con obesidad; la autora concluye que este tipo de terapias basadas en atención plena para la pérdida de peso pueden tener

impacto en aquellas personas interesados en terapias que impliquen cambios en estilo de vida, menciona que los cambios en comportamiento para que se vea resultado necesitan llevarse por un tiempo considerable para ver resultados y concluye que este tipo de intervenciones pueden ser la alternativa segura, económica y eficaz para reducir los riesgos que se relacionan con la obesidad (Porras, 2018).

Es importante considerar otro aspecto, se sabe que en personas con sobrepeso y obesidad, existe poca adherencia al tratamiento nutricional, situación que ha sido reportada por otros autores tal es el caso de Campos (2015), quienes encontraron que el 68% de individuos no presentaron adherencia a la dieta que les dieron, datos similares son los de Durá y Castroviejo (2011), quienes concluyen que el 71.6 % de universitarios que participaron en su estudio, tuvieron adherencia media baja al tratamiento nutricional (Campos, 2015; Durá y Castroviejo, 2011).

En el intento de encontrar la forma eficiente para el control de esta enfermedad, son muchas las investigaciones que salen publicadas constantemente, todas tratando de dar solución a tan grave problema de Salud Pública que enfrenta la población, sin embargo hasta la fecha lo propuesto no ha dado el resultado anhelado, pues la obesidad sigue en aumento.

Y bien, se sabe que la génesis de la obesidad es multifactorial, diversos autores consideran que la presencia de factores emocionales en personas con sobrepeso y obesidad son parte de los refuerzos que ocasionan que no se logre el objetivo de abatir el problema, por lo que, vale la pena hacer más estudios y proponer formas de tratamiento que permitan lograr que a través de ello se disminuya la casuística de este gran problema que está asolando a todos los gobiernos y países.

Por consiguiente, en esta investigación se planteó la oportunidad de incluir en el tratamiento a la atención plena en estudiantes universitarios que cursan con sobrepeso u obesidad y su relación con depresión. Para enriquecerlo y basado en la evidencia que muestra la íntima relación del problema con aspectos emocionales que pueden ser los que están contribuyendo para que no haya cambios en el peso corporal, o bien, que después de un tiempo de haber logrado aparentemente el objetivo de bajar de peso, con el paso del tiempo vuelven a subir es la razón fundamental por la que se pensó en un tratamiento nutricional integral que incluyera prácticas de atención plena y autocompasión, mismas que se dieron en un programa de intervención que duró ocho semanas.

Para aclarar un poco más, ambos términos refiriéndose a autoestima y autocompasión, la Real Academia Española (RAE) define a la autoestima como una “valoración generalmente positiva de sí mismo” y tiene que ver con una dimensión de valor y afecto que si no se cuida puede llevar a que la persona se sienta más que los demás, en otras palabras, la autoestima se refiere al grado en que

un individuo se valora y se basa en comparaciones con los demás. Esta valoración personal está conformada por cuestiones afectivas, cognitivas, conductuales y sociales e influye en el desarrollo de la personalidad del individuo, existen postulados como el de González-Arratia (2001) en los cuales menciona que existe evidencia para afirmar que la autoestima recibe influencias externas, lo que ocasiona que el niño lo interiorice posteriormente y es lo que determina parte de su personalidad y esto es lo que origina que al quedar grabados en el inconsciente, el individuo no se da cuenta y por lo mismo, no es consciente y no toma decisiones adecuadas para bajar de peso (RAE, 2019; González-Arratia, 2001).

Por el contrario, Neff y Vonk (2009) mencionan que la autocompasión es una forma de relacionarnos con nosotros mismos, que no se basa en juicios positivos o evaluaciones, sino que el ser autocompasivos tiene que ver con un nivel de consciencia más elevado, donde el individuo a través de recorrer un sendero espiritual le hace percibirse como el verdadero ser humano que es, no porque sea especial por lo que no necesitan sentirse mejor que otros para vivir plenamente, lo cual les lleva a tener mayor estabilidad emocional (Neff y Vonk, 2009).

De igual forma, Gallegos (2015) define a la autocompasión como la capacidad que tiene el individuo de tratarse con amabilidad, respeto y atención plena en los momentos de sufrimiento, sin juzgarse, castigarse o criticarse, el mismo autor hace énfasis en la importancia del desarrollo de la autocompasión en la vida de todo ser humano y en su teoría menciona que se puede mejorar pues lo considera un factor de inteligencia espiritual que tiene como objetivo que el ser humano logre mejorar sus capacidades para ser mejor en todos los aspectos. Por lo tanto, la autocompasión alivia el sufrimiento mediante la comprensión de las decisiones que se toman cotidianamente, “es la capacidad que tiene el ser humano para mirarse a sí mismo con bondad y aceptación” y menciona que tiene tres componentes: la bondad, humanidad común y atención plena (Gallegos, 2015).

La bondad significa que el bien es el principio central al que todo ser humano debe aspirar, tratarse con amabilidad, sencillez, con aprecio y sin críticas, sin juzgarse y menos destruirse. El segundo componente se relaciona con el hecho verse como humanidad, reconocer que no somos superiores a nadie, todos somos valiosos, tenemos el mismo sustrato o naturaleza, darnos cuenta que “todos somos uno”, que todos poseemos una naturaleza espiritual, divina y sagrada y el tercer elemento es la atención plena, que significa estar observándonos constantemente en el presente con actitud abierta sin juicios ni curiosidad, esta es la clave de la transformación, y el factor más importante para sanar el sufrimiento (Gallegos, 2015).

Al respecto, es sabido que las personas con sobrepeso y obesidad con mucha frecuencia abandonan el tratamiento nutricional, es decir, dejan de lado las indicaciones de sus programas de alimentación como el número de raciones

que deben comer y tipo de alimentos recomendados, condición que en caso de no llevar a cabo, les genera sentimiento de culpa e incluso pueden llegar a tener pensamientos obsesivos y negativos que les desalientan y con frecuencia renuncian al tratamiento dietético, por lo que es muy importante proponer alternativas para desarrollar la autocompasión que es un factor de inteligencia espiritual en este tipo de personas y que se sabe que se puede mejorar a través de práctica perseverante.

Materiales y Métodos

La muestra estuvo conformada por 26 participantes del sexo femenino, todas estudiantes de la Licenciatura en Nutrición, Región Xalapa de la Universidad Veracruzana, cuya edad fluctuó entre los 18 y 24 años, con un promedio de edad de 21 años; 13 se incluyeron en el grupo experimental (GE) y 13 en el grupo control (GC).

Fue un estudio experimental clásico con grupo control, prospectivo, longitudinal y comparativo. El diseño se realizó con base al modelo metodológico cuantitativo propuesto por Pineda, Alvarado y Canales (1994) por ser un modelo formulado para investigaciones que se realizan en el área de salud (Pineda et al., 1994).

Para la evaluación cuantitativa de las variables investigadas, las estudiantes respondieron 26 ítems de la escala de autocompasión SCS (Self Compassion Scale) tomada del libro *Se amable contigo mismo*, de Neff, (2012); traducida y validada por Govea (2016) (Neff, 2012; Govea, 2016).

Para evaluar la composición corporal se utilizó una báscula de bioimpedancia que mide composición corporal marca Tanita, modelo SC311S, con capacidad máxima de 270 kg y con graduación de peso de 100 gramos que reporta: peso corporal, porcentaje de grasa, peso de masa grasa, peso de masa muscular, Índice de Masa corporal (IMC), agua corporal total, porcentaje de agua, peso de masa ósea, edad metabólica, entre otras, para los objetivos de este estudio se tomaron en cuenta los primeros dos indicadores antes mencionados. Y para medir perímetro de cintura se utilizó una cinta de antropometría metálica, marca Lufkin, modelo W606PM graduada en centímetros. Todas las mediciones antropométricas se hicieron en la semana 1, 5 y 9 dentro del programa de intervención, utilizando la metodología descrita por la Sociedad Internacional para el avance de la Cineantropometría (ISAK por sus siglas en inglés).

Para el análisis de datos cualitativos se incluyó el modelo de investigación integral y holista propuesto por Wilber (2010) sobre niveles del desarrollo de la conciencia, el cual considera de ocho a diez estadios, que si se logran alcanzar, de acuerdo a la teoría de éste autor, los cambios en conducta y ser-estar en la vida a través de la autoindagación que se darán en el individuo serán permanentes. Para el desarrollo de conciencia de las estudiantes que participaron en la investigación durante ocho semanas, se trabajó con los estados de ánimo internos que de acuerdo

al autor son: el “yo” (belleza; estadio 1), las condiciones físicas fueron el “ello”(bondad; estadio 2), las condiciones culturales de las participantes fue el “nosotros” (verdad; estadio 3), y las condiciones materiales de vida se trabajó en el “ellos”. De acuerdo a este modelo integral se actuó en el cuadrante superior izquierdo y en el cuadrante superior derecho. De esta forma se pudieron analizar las emociones y factores de inteligencia espiritual que corresponden a datos cualitativos en los sujetos de manera integral y con base a los cuadrantes propuestos por este autor (Wilber, 2010).

Adicionalmente, para la evaluación cualitativa se utilizó un diario de testimonios escritos por las participantes a lo largo de la investigación.

El procesamiento y análisis de información obtenidos en el pre test y post test fue realizado a través de la captura en hoja de datos de Microsoft Excel y el análisis se efectuó con el paquete Statistical Package for Science Social (SPSS 20).

Se hizo análisis de varianza de dos vías o dos factores ya que es un diseño que permite estudiar simultáneamente los efectos de dos fuentes de variación. En este caso el interés estuvo dirigido en analizar diferencias en la evolución de los cambios en composición corporal según el grupo de estudio y a lo largo del tiempo durante las tres mediciones. Esta comparación se realizó utilizando las medias de cada grupo. También se utilizaron diagramas de caja, ya que al ser presentaciones visuales que describen algunas características importantes de un conjunto de datos al mismo tiempo, tales como valores centrales (media y mediana), dispersión y simetría, representan los cuartiles, valores mínimo y máximo, adicionalmente se pueden analizar por rango y rango intercuartil (50% central) representado por la caja rectangular, y como ayuda adicional se marcan los valores atípicos o extremos (que sobrepasan dos desviaciones estándar a partir de la media).

Resultados

En la figura 1 se presentan los resultados de autocompasión que comprende tres dimensiones: bondad, humanidad común y atención plena para ambos grupos, se observa que en el grupo experimental las tres dimensiones de autocompasión aumentaron de nivel bajo a un nivel alto, en cambio en la mismas subescalas el grupo control no tuvieron cambios y quedaron para el caso de autocompasión en el mismo nivel medio, en la escala de humanidad común y atención plena permanecieron en nivel bajo tanto en el pre test como en el post test. Al hacer análisis estadístico se encontró que hubo cambios significativos en el grupo experimental en las tres subescalas tanto del pre test y como del post test ($p<0.0001$) y se confirmó el gran impacto de la intervención sobre la autocompasión durante las ocho semanas de intervención.

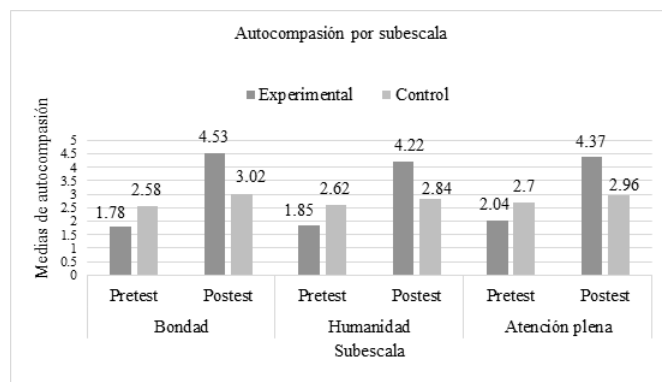


Figura 1. Escala de autocompasión con sub escalas en el pre test y post test del grupo experimental y grupo control. En el post test la diferencia significativa fue de $p=0.0004^{**}$.

(Valores de significancia: $p<0.05^{*}$, $p<0.01^{**}$, $p=0.000^{***}$)

Como se puede observar en la figura 2, del grupo experimental en el pre test solo el 8% (1) estudiante se ubicó en nivel “sin depresión”, 46% (6) estaban en nivel leve de depresión, 15% (2) con depresión moderada y 31% (4) de las estudiantes tenían depresión severa, al final del estudio en el post test, 85% (11) estaban sin depresión y 15% (2) se ubicaron con nivel leve de depresión. En cambio, el grupo control no tuvo cambios significativos en el periodo de estudio, se mantuvieron sin variación los niveles de depresión. En el grupo experimental en el pre test no hubo diferencia significativa ($p=0.0992$), en cambio en el post test la diferencia significativa fue de $p=0.0004^{**}$.

$p<0.05^{*}$, $p<0.01^{**}$, $p=0.000^{***}$

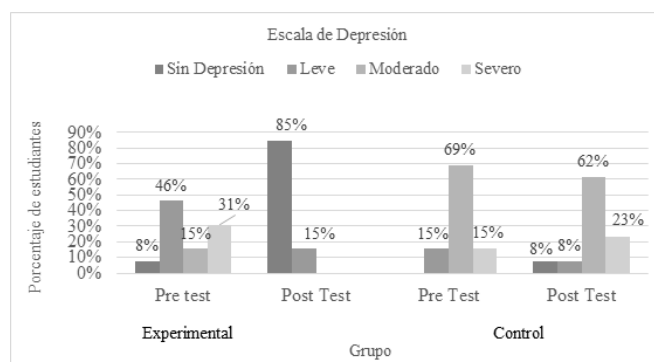


Figura 2. Escala de depresión en el pre y post test del grupo control y grupo experimental, con una significancia estadística en los resultados del pre test ($p=0.0015^{**}$) y del post test ($p=0.000^{***}$). Valores de significancia: $p<0.05^{*}$, $p<0.01^{**}$, $p=0.000^{***}$

Como se puede observar en la figura 3, en el pre test el 100% (13) de las estudiantes del grupo experimental tuvieron puntajes que fluctuaron en medias que corresponden a niveles bajos de atención plena y para el post-test se encontraron datos que indican que hubo aumento en la atención plena. En contraste, en el grupo control

se observó que no hubo cambios en el periodo de estudio. Para la comparación de medias se aplicó la prueba *t* en los resultados del pre test ($p=0.0015^{**}$) y del post test ($p=0.000^{***}$) entre el grupo experimental y el grupo control, ambas resultaron significativas.

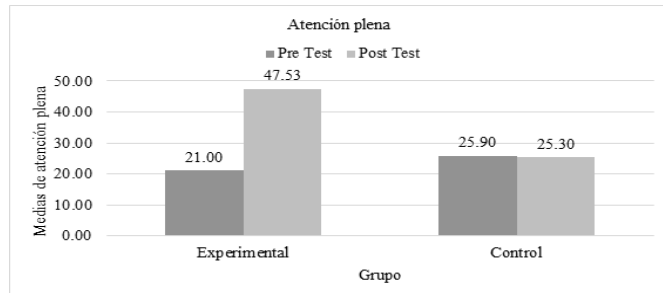


Figura 3. Atención plena del grupo experimental y grupo control en el pre test y post test, en los resultados del pre test ($p=0.0015^{**}$) y del post test ($p=0.000^{***}$) entre el grupo experimental y el grupo control, ambas resultaron significativas.

Valores de significancia: $p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$, $p=0.000^{***}$

En la figura 4 se presentan los resultados de cambios en peso corporal de las participantes, tanto del grupo experimental como del grupo control en las tres evaluaciones del estado de nutrición que se hicieron para ambos grupos, se consideraron mediante análisis de varianza de dos vías: Grupo y Medición, registrando media y desviación estándar; utilizando como ayuda visual diagramas de cajas comparativas (mínimo, cuartiles y máximo). Como se puede observar el 100% de las participantes del grupo experimental bajaron de peso corporal en el periodo de estudio. En contraste, en el grupo control los cambios no fueron significativos, al contrario ya que el 31% (4) de las participantes aumentaron de peso, 23% (3) permanecieron igual y 46% (6) estudiantes bajaron de peso, sin embargo esta baja de peso fue mínima en comparación con el grupo experimental, los resultados tuvieron una significancia estadística de $p=0.003^*$.

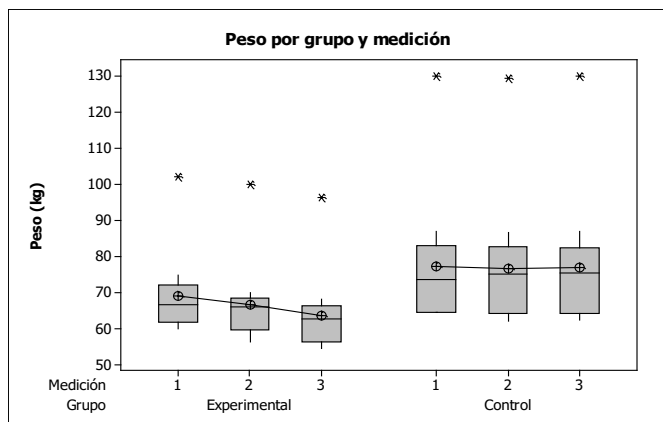


Figura 4. Peso corporal del grupo experimental y grupo control en el pre test y post test.

En la figura 5 se muestran los cambios en el perímetro de cintura de las participantes de ambos grupos de estudio; al hacer análisis de varianza de dos vías tanto por grupo como por medición y registrando medias y desviación estándar, se corroboró que los cambios fueron muy significativos en la disminución de esta variable entre las participantes del grupo experimental ($p=0.000^{***}$), en cambio al hacerlo por medición indica que no hubo significancia estadística ($p=0.271$).

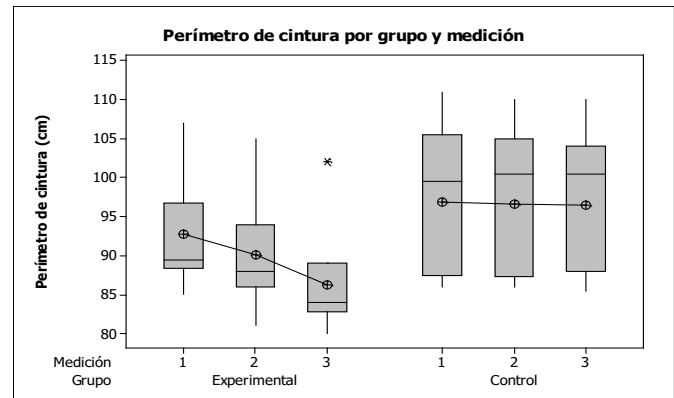


Figura 5. Perímetro de cintura del grupo experimental y grupo control en el pre test y post test

En la figura 6, se analiza la relación de los cambios en peso corporal expresado en kilogramos de las participantes del grupo experimental desde el inicio del programa de intervención y sus valores al final del estudio, todas las participantes bajaron al final desde 2.6 kg hasta 8.2 kg, y como se puede observar al inicio del programa las participantes tenían puntajes de depresión entre 15 y 43 puntos que indicaba depresión leve a severa y al final del estudio se observa como disminuyó el puntaje entre 10 y 20 puntos lo que indica que la mayoría de las participantes estaban sin depresión y solo quedó una estudiante con depresión leve.

Figura 6

Discusión

El trabajo realizado con las estudiantes durante ocho semanas tuvo un impacto positivo en los factores emocionales de: autocompasión y depresión, así como en los cambios observados en el peso corporal, de acuerdo a los resultados obtenidos se constató que el grupo control mostró en la mayor parte de los casos estabilidad, permanencia; se dieron algunos pequeños cambios que no fueron significativos estadísticamente en el peso corporal y perímetro de cintura que son variables de correlación inversa, e incluso hubo aumento en el peso corporal de algunas participantes del grupo control, cabe recordar que a ambos grupos se les dieron las mismas indicaciones nutricionales, datos que pudieran estar relacionados

con adherencia a dieta, ya que al estar en contacto con las participantes y hacer lectura de testimonios escritos, mencionaban que “no podían seguir las recomendaciones” por sus ocupaciones o porque no tenían tiempo de preparar sus alimentos, tampoco seguían las indicaciones de ejercicio, datos que coinciden con lo detectado por González Wagner y Jiménez (2007) y Durá y Castroviejo (2011) quienes encontraron que un gran porcentaje de pacientes no presentaron adherencia a la dieta que les dieron.

Por otro lado, estos datos de permanencia en peso corporal, así como los cambios, pero hacia aumento de peso corporal y perímetro de cintura atribuidos a diversas razones entre las que destacan el poco apego a la dieta, inactividad física y depresión, coinciden con lo reportado en la ENSANUT (2018) donde la cifra de sobrepeso y obesidad reportan que aumentaron del 2012 al 2018 en la población mexicana.

En contraste, en el grupo experimental se encontró que si hubo cambios en composición corporal, las variables de correlación inversa que disminuyeron fueron: peso corporal, perímetro de cintura que al ser medidos individualmente no tuvieron significancia estadística debido a que la disminución en dichas variables no se espera que bajen drásticamente a corto plazo, sin embargo al ser evaluadas por grupo si tuvieron significancia estadística.

Algo que llama la atención fue que al inicio de la intervención en el pre-test, ambos grupos presentaron depresión, en el grupo experimental casi la totalidad de participantes tenían algún grado de depresión y al final del estudio la mayoría de participantes estaban sin depresión. En cambio en el grupo control tanto en el pre-test como en el post test no se distinguieron cambios significativos, lo cual podría estar condicionando para que la obesidad siga presente, tal como lo reportan Tamayo y Restrepo (2014) quienes mencionan que se deben considerar los aspectos emocionales como: baja autoestima, visión distorsionada del cuerpo y la depresión, de la misma forma otros autores coinciden en estos planteamientos, tal es el caso de Contreras (2016) quien considera que hay una fuerte relación entre insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niños con obesidad, siendo mayor la sintomatología en mujeres.

Específicamente en relación a la práctica de mindfulness o atención plena para el control de peso en pacientes con obesidad, los datos encontrados en esta investigación están muy relacionados con lo reportado por Porras (2018) quien menciona que las terapias basadas en atención plena para la pérdida de peso pueden tener impacto positivo y que son una alternativa segura, económica y eficaz para reducir los riesgos que se relacionan con la obesidad, por todo lo anterior, estas propuestas diferentes de abordaje nutricional integral vale la pena que se tomen en cuenta, ya que de acuerdo al

reporte final el grupo experimental de esta investigación si tuvo respuesta positiva a la baja de peso y hubo disminución la depresión con el programa de intervención en atención plena.

Conclusiones

Con los datos que se presentan en este trabajo, se corrobora que los resultados obtenidos tanto en el pre test como en el post test fueron los esperados de acuerdo a lo planteado en los objetivos de investigación, ya que hubo significancia estadística en el cambio en composición corporal, es decir, las estudiantes que participaron en el grupo experimental bajaron de peso corporal, de porcentaje de grasa corporal y disminuyeron medidas de perímetro de cintura, así como también disminuyó el nivel de depresión con respecto al grupo de estudiantes que no recibieron el programa de intervención.

Los resultados demuestran que con el desarrollo de la atención plena centrada en prácticas de autocompasión, se logró que las participantes del grupo control aumentaran su nivel de conciencia lo que trajo como resultado que estuvieran más concientes lo que favoreció que tomaran las decisiones correctas que les llevarían a bajar de peso, sobre todo porque las indicaciones sobre alimentación fueron dirigidas más hacia la calidad que a la cantidad, las participantes comentaron que a lo largo de las semanas que duró la intervención aprendieron a masticar y saborear los alimentos, lo anterior desde la atención plena, aumentó el nivel de autocompasión y además disminuyó el nivel de depresión en las estudiantes con sobrepeso y obesidad. En cambio las participantes del grupo control no tuvieron cambios en las variables evaluadas.

Lo anterior corrobora la necesidad de atender al individuo con sobrepeso y obesidad desde la perspectiva holista, recordando que la nutrición es parte importante en la salud del individuo, y que si bien la obesidad es multicausal e intervienen factores genéticos, ambientales, conductuales y psicológicos, es importante que la alimentación sea un proceso que se debería hacer de manera conciente, con atención plena en todo momento para lograr los objetivos de nutrición en personas con sobrepeso y obesidad.

Por la relevancia de los datos encontrados, se sugiere para próximas investigaciones se aumente el número de participantes para que la investigación tenga mayor representatividad, además por los datos de otros autores y a propia consideración se recomienda que el programa de intervención se imparta por más tiempo con el objetivo de apoyar a las interesadas en la práctica integral a través de las mismas sesiones y la propuesta es que al paciente con sobrepeso y obesidad se le aborde desde la integridad con un tratamiento nutricional holista.

Referencias

Amaya, H. A., et al. (2010) Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pa-

res y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1). 76-89. Recuperado en abril 20, 2020, disponible en: <http://bit.ly/2PjwV3f>

Campos, A. P. (2015). *Factores de adherencia a un programa de tratamiento de sobrepeso y obesidad para adolescentes. Estudio piloto*. (Tesis de maestría) Universidad Iberoamericana, México, D.F.

Contreras-Valdez, J. A., et al. Body Dissatisfaction, self-esteem, and depresión in girls with obesity, *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 7, 24-31. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México, México.

Durá, T.T., y Castroviejo, G. A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608. Recuperado en febrero 16, 2020, disponible en: <http://bit.ly/37X48rn>

Gallegos, N. R. (2015). *Los 12 Factores de la Inteligencia Espiritual. Las capacidades transpersonales del ser*. 1ª Edición electrónica. doi: 978-607-00-9160-5.

González-Arratia, L. F. N. I (2001). La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la construcción del ser. Universidad Autónoma del Estado de México, México. Edit, UNAM.

Govea, A. (2016). *Impacto de la Espiritualidad sobre la Salud en el climaterio. Clínica de Climaterio del Hospital de la mujer Zacatecana, Secretaría de Salud de Zacatecas* (Tesis Doctoral). Fundación Internacional para la Educación Holista. Guadalajara, México.

Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Presentación de resultados*. Recuperado de <http://bit.ly/39QVJY6>.

Neff, K. D. (2012). *Se amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo*. Madrid, España: Editorial Oniro.

Neff, K. D. & Vonk, R. (2009) Self compassion versus global self-esteem: two diferents ways of relating to onself. *Journal of personality* 77 (1), 23-50. Recuperado en febrero 18, 2020, disponible en: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/NeffVonk.pdf>

Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2017). *10 datos sobre obesidad*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>.

Parodi, C. A. (2015) Ansiedad, Depresión e Imagen Corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 13(3): 64-74.

Pineda, B., & Alvarado, E. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de la salud*. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud.

Porras, P. M. (2018). *Mindfulness para la pérdida de peso en población con sobrepeso y /u obesa: revisión bibliográfica*. (Tesis de Master). Universitat Oberta de Catalunya, Catalunya, España. Recuperado en marzo 18, 2020, disponible en: <http://bit.ly/37RtcQH>.

Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133, 577-580.

Real Academia Española (2014): *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.3 en línea]. Recuperado en febrero 18, 2020, disponible en: <https://del.rae.es//autoestima>.

Tamayo, D., & Restrepo, M. (2014) Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 91-112.

Wilber, K. (2010). *Espiritualidad Integral. El nuevo papel de la religión en el mundo actual*. Barcelona, España: Editorial Kairós.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

La Revista de la FIQ es una revista multidisciplinaria de difusión científica y tecnológica que considera para publicación trabajos originales y revisiones en cualquier área de la ciencia o la tecnología. Los ARTÍCULOS describen un estudio completo y definitivo. Una NOTA un proyecto completo, pero más corto, que se refiere a hallazgos originales o importantes modificaciones de técnicas ya descritas. Un ENSAYO trata aspectos relacionados con la ciencia pero no está basado en resultados experimentales originales. Una REVISION es un artículo que comenta la literatura más reciente sobre un tema especializado. La sección AVANCES DE INVESTIGACIÓN está dirigida a comunicaciones cortas de resultados que requieran una publicación rápida. Las secciones EDITORIAL y OPINION están abiertas a toda la comunidad científica.

Los trabajos deberán ser enviados a Periférico Nte. Km 33.5, Tablaje Catastral 13615, Col. Chuburna de Hidalgo Inn, C.P. 97203. Mérida, Yucatán México, Facultad de Ingeniería Química o al correo electrónico vinculacion.fiq@correo.uady.mx. La aceptación de los trabajos está basada en el contenido técnico-científico y sobre la presentación del material de acuerdo a las normas editoriales de la revista. Se aceptarán trabajos escritos en español. Todos los artículos deben tener un resumen.

Someter un trabajo a publicación implica que el mismo no ha sido publicado ni ha sido enviado en revistas de impacto similar. Se publican preferentemente artículos inéditos; sin embargo podrán ser considerados también, los artículos que hayan sido presentados en congresos, seminarios, o convenciones, siempre y cuando cumplan con los lineamientos. Los autores deben enviar una copia del texto aceptado y corregido en formato electrónico con su correspondiente medio de almacenamiento y una copia impresa indicando el lugar exacto de los Cuadros y Figuras.

Los trabajos que se publican en la Revista de la FIQ deberán contener los componentes que a continuación se indican, empezando cada uno de ellos en página aparte: Página del título, Resumen en español, Texto, Agradecimientos, Literatura citada, Cuadros y Figuras

PÁGINA DEL TÍTULO. Debe contener a) el título del trabajo, que debe ser conciso pero informativo; b) nombre(s) y apellidos de cada autor, acompañados de su afiliación institucional; c) nombre del departamento o departamentos y la institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo; d) declaraciones de descargo de responsabilidades, si las hay; e) nombre y dirección del autor y correo electrónico a quien deben dirigirse las solicitudes de separatas, y f) origen del apoyo recibido en forma de subvenciones, equipo y otros.

RESUMEN EN ESPAÑOL. Los artículos de difusión científica y notas de investigación deberán incluir un resumen que no pase de 250 palabras. Se indicarán los propósitos del estudio o investigación; los procedimientos básicos y la metodología empleada; los resultados más importantes encontrados, y de ser posible, su significación estadística y las conclusiones principales. A continuación del resumen, en punto y aparte, agregue debidamente rotuladas, de 3 a 10 palabras o frases cortas clave que ayuden a los indicadores a clasificar el trabajo, las cuales se publicarán junto con el resumen.

TEXTO. Las tres categorías de trabajos que se publican en la revista de la FIQ consisten en lo siguiente:

a) **ARTÍCULOS CIENTÍFICOS.** Deben ser informes de trabajos originales derivados de resultados parciales o finales de investigaciones. El texto del Artículo científico se divide en secciones que llevan estos encabezados:

Introducción

Materiales y Métodos

Resultados y discusión

Conclusiones o implicaciones

En los artículos que así lo requieran puede ser necesario agregar subtítulos dentro de estas divisiones a fin de hacer más claro el contenido, sobre todo en las secciones de Resultados y Discusión, las cuales pueden presentarse como una sola sección.

b) **NOTAS DE INVESTIGACIÓN.** Deben ser breves, pueden consistir en modificaciones a técnicas, informes de casos de interés especial, preliminares de trabajos o estudios en desarrollo; así como resultados de investigación que a juicio de los editores deban así ser publicados. El texto contendrá la misma información del método experimental señalado en el inciso a), pero su redacción será corrida del principio al final del trabajo; esto no quiere decir que sólo se supriman los subtítulos, sino que se redacte en forma continua y coherente.

c) **REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS.** Consisten en el tratamiento y exposición de un tema o tópico relevante, actual e importante. Su finalidad es la de resumir, analizar y discutir, así como poner a disposición del lector información ya publicada sobre un tema específico. El texto se divide en: Introducción, (las secciones que correspondan al desarrollo del tema en cuestión) y Discusión.

AGRADECIMIENTOS. Siempre que corresponda, se deben especificar las colaboraciones que necesitan ser reconocidas, tales como a) la ayuda técnica recibida; b) el agradecimiento por el apoyo financiero y material, especificando la índole del mismo; c) las relaciones financieras que pudieran suscitar un conflicto de intereses. Las per

sonas que colaboraron pueden ser citadas por su nombre, añadiendo su función o tipo de colaboración; por ejemplo: “Asesor científico”, “revisión crítica de la propuesta para el estudio”, “recolección de datos”, etc.

LITERATURA CITADA. Las referencias a trabajos publicados deberán ser indicadas en el lugar apropiado en el texto, empleando el apellido del autor (es) y el año de publicación. Sólo utilice dos apellidos como máximo. En caso de existir más de dos autores, utilice el apellido del primer autor seguido de la abreviación et al. Liste las referencias en riguroso orden alfabético por autor al final del texto y antes de las ilustraciones. Los títulos abreviados de las revistas periódicas deberán seguir el formato usado en el Chemical Abstracts.

Para algunos ejemplos de referenciación solicitar la presentación electrónica a la siguiente dirección electrónica revista@fiq.uady.mx.

CUADROS, GRÁFICAS E ILUSTRACIONES. Es preferible que sean pocos, concisos, contando con los datos necesarios para que sean autosuficientes, que se entiendan por sí mismos sin necesidad de leer el texto. Se presentarán uno en cada hoja. Para las notas al pie se deberán utilizar los símbolos convencionales.

VERSIÓN FINAL. Es el documento en el cual los autores ya integraron las correcciones y modificaciones indicadas por el Comité Revisor. Se deberá entregar un solo original en hojas blancas, así como en un medio de almacenamiento. Los trabajos deberán ser elaborados con el procesador de texto de su preferencia en formato rtf. Las gráficas y figuras se deberán entregar como imagen en formato tiff por separado con una resolución mínima de 150 dpi.

Los trabajos no aceptados para su publicación se regresarán al autor, con un anexo en el que se explicarán los motivos por los que se rechaza o las modificaciones que deberán hacerse para ser reevaluados.

UNIDADES. Deberán ser expresadas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana: NOM-008-SCFI-2002.

Cualquier otra abreviatura se pondrá entre paréntesis inmediatamente después de la(s) palabra(s) completa(s).

Los nombres científicos y otras locuciones latinas se deben escribir en cursivas.

Algunos Ejemplos Formato de Referencias:

Libro

Autor/editor (año de publicación). Título del libro (edición) (volumen). Lugar de publicación: editor o casa publicadora.

Ejemplo: Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. y Cook, S. W. (1976). Métodos de investigación en las relaciones sociales (8a. ed.). Madrid: Rialp.

Artículo o capítulo dentro de un libro editado

Autor/editor (año de publicación). Título del artículo o capítulo. En Título de la obra (números de páginas) (edición) (volumen). Lugar de publicación: editor o casa publicadora.

Ejemplo: Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Recolección de los datos. En Metodología de la investigación (pp. 233-339). México: McGraw-Hill.

Artículo en un libro de congreso:

Marsh, S. (1994). Optimism and pesimism in trust. En Iberamia 94. IV Congreso de Inteligencia Artificial (Comp.) (pp. 286-297). Caracas: McGraw-Hill.

Artículo de revista científica

Autor (año de publicación). Título del artículo. Título de la revista, volumen (número de la edición), números de páginas.

Ejemplo: Parra, R. E. y González, A. (1994). Magnetismo en aleaciones metálicas diluidas. CIENCIA, 3(2), 67-74.

Documentos electrónicos, bases de datos y programas de computadoras

Autor/responsable (fecha de publicación). Título (edición), [tipo de medio]. Lugar de publicación: editor. Disponible en: especifique la vía [fecha de acceso].

Ejemplo: Hernández, M. E. (1998). Parque Nacional Canaima, [en línea]. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Disponible en: <http://cenamb.rect.ucv.ve/siamaz/dicciona/canaima/canaima2.htm> [2000, 3 de junio].

El editor en jefe revisará los trabajos recibidos y aquellos trabajos que no cumplan con el formato solicitado no serán enviados a revisión de texto hasta que no cumplan con el mismo. El comité editorial revisará el contenido del trabajo y determinará la aceptación del mismo de acuerdo con los lineamientos de la revista. Cuando así lo requieran se solicitarán modificaciones a la forma de la presentación y se harán sugerencias al fondo del contenido. Los autores revisarán estas sugerencias y en caso de considerar que son pertinentes, harán las correcciones necesarias y enviarán el trabajo corregido. en caso de considerar que las sugerencias no son pertinentes, los autores enviarán por escrito los comentarios y la justificación por la cual no consideran hacer las correcciones y quedará a juicio del comité editorial la aceptación del trabajo. el contenido de los trabajos es responsabilidad de los autores.

