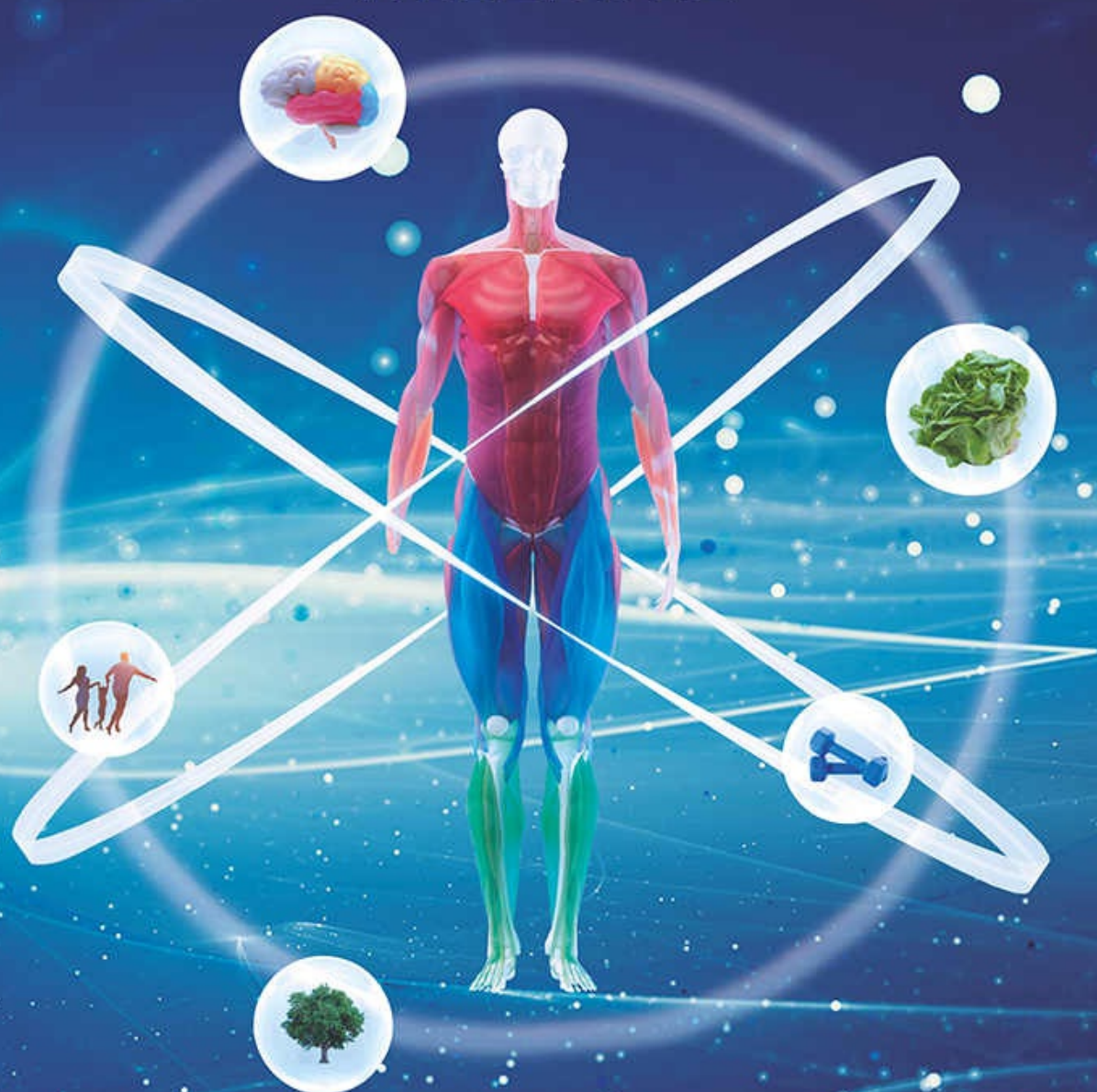


DR. J. ARMANDO BARRIGUETE
MELÉNDEZ



LOS **PILARES** DEL **BIENESTAR**

La guía todo terreno para disfrutar
de una alimentación y salud plenas
en cada fase de tu vida

Grijalbo *vital*

DR. J. ARMANDO BARRIGUETE
MELÉNDEZ



Los pilares del bienestar

La guía todo terreno para disfrutar
de una alimentación y salud plenas
en cada fase de tu vida

Dr. J. Armando Barriguete Meléndez

Grijalbo *vital*

SÍGUENOS EN
megustaleer



@Ebooks



@megustaleermex



@megustaleermex

| Penguin
Random House
Grupo Editorial |



Introducción

Un día, cuando me encontraba en el hospital Avicenne, a las afueras de París, el equipo de médicos del departamento de psiquiatría de la Universidad de París y yo estuvimos frente a una adolescente de 13 años que llamó nuestra atención por su extrema delgadez. Sus ojos pequeños, claros y penetrantes, listos para ver, pero no para ser vistos — recordando a Pablo Neruda en su “Oda al elefante”—,¹ la hacían ver enigmática, reservada e inteligente, algo confirmado más tarde por sus pruebas psicológicas. Era una buena hija, buena estudiante y deportista, pero con un temor a volverse “gorda” que le impedía comer. En ese momento descubrí que existía un trastorno emocional llamado anorexia nerviosa o *nervosa*, en latín, un trastorno psiquiátrico hasta entonces desconocido para mi generación y mi gremio. No podía entender qué cosa tan terrible podía estar pasando en la mente de esta joven mujer que la llevara a renunciar a la necesidad y al placer de comer —¡y precisamente en Francia!—, al punto de vivir paralizada por la posibilidad de subir de peso; esto en una época en la que el sobrepeso no había adquirido el cariz de estigma con el que se le asocia desde la última década del siglo XX. Debajo de ese pánico a perder el control sobre su consumo de alimentos, que era apenas la punta del iceberg, esta chica era presa de uno de los grandes temores humanos: no ser aceptado y, por ende, tampoco amado.

Han pasado tres décadas desde ese episodio, y con el transcurso de los años he tenido la oportunidad de ver en consulta a miles de pacientes quienes, aunque no pretendían padecer un trastorno de la conducta alimentaria, simplemente se quedaron varados en sus propias emociones y sus vínculos problemáticos con la comida, tropezándose involuntariamente consigo mismos y con sus relaciones personales, familiares, escolares, laborales y sociales. La comida está en todas partes y ellos viven sin poder contemplar ni comprender qué propicia tal miedo a comer.

Todavía hoy nos cuesta trabajo cuestionarnos cuando algo no funciona en los ámbitos físicos o sociales, y plantearnos la posibilidad de que quizá se trate de algo emocional, algo invisible, pero siempre presente como un sufrimiento reconocible, capaz de acrecentarse y estancar nuestra vida de manera temporal o permanente. En México, nuestra pobre cultura emocional es un obstáculo que merece atención urgente, puesto que sólo cuando reconozcamos la verdadera dimensión del aspecto emocional en las percepciones de nuestro cuerpo y lo que comemos, seremos capaces de comprender

nuestros temores y mejorar. Una vez que identifiquemos nuestros registros afectivos, además de nuestra frecuencia cardíaca o respiratoria, talla, peso o índice de masa corporal (IMC), lograremos sentirnos suficientemente fortalecidos ante cualquier tempestad emocional o de la vida afectiva que nos tome por sorpresa.

Hoy nos toca compartir ese conocimiento con los nuestros y educarnos para estar alertas. No sólo se trata de evitar los trastornos, sino de aprender a disfrutar la vida, de tener un equilibrio suficiente que propicie el *estar bien*, junto con su condición crónica: el *bienestar*.

Nadie lo hará por nosotros, ni el Estado, ni una empresa, ni la escuela, ni la pareja. Nadie. Cada persona es capaz de desarrollar esta autosuficiencia. Cada uno tiene el control. Es cuestión de decidirlo, de llevarlo a cabo. Todos queremos arreglar el mundo, pero debemos empezar por nosotros mismos. La fuerza de la compañía, la importancia de la *compasión*, que debe estar acompañada de una acción para ser realmente efectiva, como señala Matthieu Ricard,² es uno de los grandes sentimientos y voluntades humanas, de tal envergadura que puede salvarnos de esta grave crisis humanitaria que vivimos en el mundo contemporáneo.

Las primeras manifestaciones físicas de estos trastornos —los atracones, por ejemplo, que tanto nos cuesta identificar debido a ideas arcaicas que los justifican al decir de alguien que es “de buen diente” o que “está más sanito”— comparten la preocupación y la incredulidad de que algo emocional pueda generar dichas alteraciones conductuales, así como sus efectos sobre el peso, el IMC y la estabilidad personal, familiar y social. Ya no digamos cuando se agrava, cuando existe la presencia de vómito o la compulsión por hacer ejercicio, todo aquello que implique hacer más de lo que el cuerpo requiere o soporta. Pero nadie nos habló de la importancia de identificar los estados afectivos en estas circunstancias, mucho menos de que la estabilidad emocional no se reduce a estar alegre o triste, sino a ser capaces de puntualizar cualquier sentimiento y emoción. Por ello mi propósito es que en este libro encuentres señalado cada momento pertinente que pueda aportar equilibrio a tu proyecto de vida, a su diseño, construcción o remodelación.

En el siglo XXI, las crisis que se presentan en cada etapa del curso o ciclo de la vida, ya sea la adolescencia, la edad media de la vida o la del adulto “mejor” (palabra que prefiero a “mayor”), involucran momentos de caos e inestabilidad que se reflejan irremediabilmente en el cuerpo, aunque siempre de distinta manera para cada uno de nosotros. Son la marca del tiempo que distingue y tatúa el cuerpo.

Pero su protagonismo visual en nuestra sociedad contemporánea, una imagen que ha terminado por tomar distancia de los sentimientos y sensaciones comunes a todos los seres humanos, nos ha llevado a creer que el cuerpo sólo puede ser comprendido a partir de su medida: grande, mediana, chica o milimétrica, como si un número pudiera resolver todas sus dolencias. Y no obstante, esa dimensión es precisamente la que nos ha llevado

a cancelar la posibilidad de explorar, entender y eventualmente resolver la hoy endémica “insatisfacción corporal”, en gran parte procedente de nuestros estados emocionales.

Y ese desencanto que sentimos en relación con nuestro cuerpo no se restringe a un único momento de nuestra vida. Si bien las primeras experiencias corporales se caracterizan por sus registros indefinidos, las experiencias del cuerpo durante la lactancia se irán poblando de otros más tangibles, físicos y emocionales, así como de una amplia gama de registros mixtos. Con la adolescencia, debido al bombardeo hormonal y al desarrollo físico, intelectual y neurológico que todos experimentamos en esta fase, el predominio del cuerpo y de sus atributos de belleza y fuerza se vuelve prácticamente absoluto, como una forma de asegurarnos un lugar dentro de la tribu, grupo de amigos, empresa o salón de clase.

La publicidad, que muy pronto comprendió a la perfección este cambio, no ha parado de lanzar sus dardos para señalarnos lo socialmente “correcto”. Y, por supuesto, los más vulnerables han sido los jóvenes, cuyo equilibrio interno o sus hábitos saludables todavía no se han consolidado. En la adolescencia se renuncia al formato pequeño y al modelo infantil por otro más atractivo; sin embargo, los cuerpos extremadamente delgados que la moda empuja hacia la sociedad como modelos de belleza canónicos confunden a la gente sobre un peso ideal que nada tiene que ver con el deseable según la naturaleza o lo que ahora sabemos sobre salud nutricional.

Por desgracia, las mujeres constituyen un grupo especialmente vulnerable a esta insatisfacción corporal³ y al riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria. A decir verdad, en todas las situaciones donde hay riesgo de padecer una *crisis de desarrollo*, lo que también incluye a las poblaciones más agraviadas social y económicamente —como los migrantes y las comunidades indígenas, así como las personas que padecen alguna limitación o capacidad diferente—, encontramos un común denominador: predomina la exclusión.

Los efectos son aún más graves en las sociedades machistas en México y América Latina, donde son frecuentes los comentarios que señalan de manera constante el peso o figura de las mujeres y promueven un tipo de violencia capaz de alterar e incluso truncar su proceso de desarrollo y bienestar. Por lo cual, aunque ser mujer no es *per se* un factor de riesgo,⁴ desafortunadamente muy pocas niñas y mujeres logran desarrollar las habilidades expresivas y emocionales para identificarse y apartarse de lo incómodo, lo molesto, lo indeseable o lo amenazante, así como para hacer uso de la palabra, contar con el apoyo de su familia y expresar sus sentimientos, opiniones y perspectivas.

Precisamente por su exclusión social, por ser mayoría en número y minoría en oportunidades, y por ser objeto de la publicidad de manera particular, desmedida, permanente y focalizada, con la fragilidad emocional que acompaña a todas estas circunstancias, los adolescentes, las mujeres y los niños son las poblaciones de mayor

riesgo. Y estos modelos, que persisten en las familias y las escuelas, han visto su efecto amplificado gracias a las redes sociales digitales, que penetran la privacidad y exigen el cumplimiento de determinados estándares de peso y color de piel. Visto así, no es de extrañar que nuestras sociedades sean productoras de esclavos —tanto hombres como mujeres— de la imagen.

Los *trastornos psicosociales* son padecimientos en los cuales la fragilidad genética y fisiológica tienen un peso determinante, al igual que el ambiente y los factores personales. Hoy es fundamental considerarlos para entender las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como resultado del sobrepeso y la obesidad, tanto para su tratamiento como para su prevención. Este importante hallazgo nos permite enfrentar de una vez por todas los problemas olvidados por la salud pública, agravados por el terrible *analfabetismo emocional* de México. Si podemos visualizarlos, entonces podremos también discutirlos, divulgarlos y tomar acciones efectivas que los eviten o que al menos nos permitan identificarlos de manera temprana y eludir el estatus crónico que derive en graves e irreversibles secuelas.

Todos pasamos por este proceso de inseguridad y cuestionamiento de nuestro cuerpo en numerosos momentos de nuestra vida; sin embargo, las personas más vulnerables son las que se encuentran en los periodos críticos del proceso natural de desarrollo psicosocial humano. Es importante entender que, tarde o temprano, todos atravesaremos estos momentos de cambio, sin importar si nos sentimos “seguros y felices”, “somos buenas personas”, “somos muy inteligentes”, “somos una familia integrada”, “vamos a terapia” o “compramos seguros de gastos médicos mayores”. *Crece es crisis*, sin embargo, nadie nos alerta al respecto y lo padecemos de distintas maneras y con diversas intensidades. Y si no tenemos claro que la vida es movimiento, dificultad y reto, que enfrentaremos episodios críticos a lo largo de nuestra vida, el riesgo se multiplicará, y en lugar de ser una situación breve e incómoda, llegará a convertirse en una situación intensa y hasta grave.

La primera señal es, con mucha frecuencia, la preocupación por la comida, que se manifiesta tanto en la forma de un desliz eventual como en un trastorno físico o emocional frecuente e, incluso, en un porcentaje menor de casos, en una restricción crónica de la necesidad de comer. Despertamos asustados los lunes por todo lo que nos permitimos durante el fin de semana o por no haber podido detenernos, sorprendidos con los efectos en nuestra cintura, en nuestra ropa, y salimos a trabajar prometiendo cuidarnos en la semana o empezar a caminar. Así pues, los trastornos de alimentación, la ansiedad, la depresión, el sobrepeso y la obesidad son, en gran parte de los casos, efectos de las crisis emocionales desconocidas, descuidadas o mal tratadas en la infancia, adolescencia, edad media o vejez.

Irónicamente somos los primeros en resistirnos a ver la verdad, ya sea porque nunca

nos han explicado de forma detallada pero sencilla lo que ocurre, porque no podemos aceptar que todos pasamos por este proceso, por los grandes prejuicios que existen respecto a la salud emocional y mental en nuestras sociedades, y por la falta de políticas públicas, privadas y sociales a favor de la salud mental en México y América Latina. Simplemente no lo queremos creer, vemos muy lejano el riesgo de engordar, de perder el control. Y aunque nos asusta poco —y temporalmente— escuchar que la estadística de sobrepeso y obesidad está en aumento, que los mexicanos somos los más gordos del planeta,⁵ que nuestros niños están a un paso de ganarse también el mismo reconocimiento,⁶ tampoco estamos dispuestos a cambiar, convencidos de que sólo tratan de asustarnos o vendernos algo. Como si algo nos protegiera.

“Para muestra, un botón”, decía mi abuela. En 2016, los adultos mayores de 20 años ya presentaban una prevalencia (el número de individuos que presentan una característica común en un mismo momento) combinada de sobrepeso y obesidad de 72.5%.⁷ Esto significa que si los mayores de 20 años representan en México 30% del total de la población, al menos hay 26 millones de mexicanos que padecen sobrepeso y obesidad, quienes no sólo representan la principal masa productiva del país, sino que tienen el más alto riesgo de engordar, enfermarse y morir prematuramente. La prevalencia es mayor en concentraciones urbanas que rurales y es mayor en las mujeres que en los hombres.⁸ Los adolescentes de entre 12 y 19 años de edad tienen una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 36.3%,⁹ lo que quiere decir que los próximos líderes de México, quienes nos guiarán en 2030, también padecerán sobrepeso.

Son datos alarmantes, aunque desafortunadamente verdaderos. Es cierto que, planteados en cifras, son mera información que no penetra en nuestra realidad, nuestra vida privada, nuestro corazón, nuestras emociones, algo que nos permita conectarnos con la gravedad de la situación. Hace mucho que dejamos de sorprendernos con los números, igual que nos pasa con la violencia y la enfermedad.

Debemos hacer un alto y considerar lo que esto implica. Nos es muy difícil diferenciar la voracidad publicitaria de los mensajes que tratan de educarnos sobre la salud: vemos la terrible ecuación de menor educación y mayor consumo.¹⁰ La situación es delicada puesto que también limita el efecto de cualquier campaña para prever y prevenir. Los programas públicos que promueven la educación de salud en México y América Latina no logran asociar el interés y la curiosidad de la población objetivo lo suficiente para prestar atención y conmovirse. La salud no nos deja inclinarnos hacia la levedad, hacia la ligereza que todos deseamos profundamente, como lo señaló Italo Calvino, quien la definió como el primer anhelo para el siguiente milenio.¹¹ La publicidad, por el contrario, nos guiña el ojo, es atractiva, ampliamente positiva y aspiracional. El error ha sido creer que al diseñar desde el gobierno una promoción de la salud que nos aliente con miedo y regaños, señalando todos nuestros males y

acrecentando nuestro miedo, lograrán movilizarnos. Esto sólo demuestra su desconocimiento de la función emocional, y con tan pobre y limitada visión, no es extraño que la persona y sus emociones, su manera de pensar, de sentir y de conducirse queden relegados. Es fundamental empezar a comprendernos, a tomarnos en cuenta, a tomarnos en serio.

La buena noticia es que podemos prevenir estas crisis, su magnitud y sus secuelas con herramientas como el plan de vida que detallo en los tres apartados de este libro. Mi intención al escribir este libro es que, a partir de una base científica, todos podamos conocer y enumerar las conductas saludables y de riesgo. El *bienestar* se construye desde uno mismo y se multiplica al compartirlo con nuestro entorno.

A lo largo de muchos años he desarrollado un mapa dividido en tres secciones que nos sitúa y orienta para incluir todo el enfoque preventivo, reflexivo y terapéutico hacia el *bienestar* durante las fases de desarrollo personal, familiar y social. El principal objetivo es que todos podamos beneficiarnos de los avances científicos para disfrutar una vida equilibrada. No existen los procesos buenos ni malos, pero sí hay procesos que facilitan el desarrollo y otros que lo limitan. Es necesario que los diferenciamos.

Creer es crítico. Las crisis conllevan desarrollo; y no existe el segundo sin las primeras. No hay caída sin la posibilidad de crecimiento y nadie aprende a nadar cuando pisa el fondo, pues es la necesidad de no hundirnos lo que nos lleva a patallar y bracear, ya no sólo flotar. De igual manera, el desarrollo viene después de padecer algún trastorno, una vez que lo superamos y hablamos de ello.

Sin embargo, los mexicanos normalmente somos educados para pensar que no es bueno hablar de nuestros temores. Somos una sociedad que necesita enseñarse a sí misma a ponerse en contacto con las emociones y el cuerpo al mismo tiempo. Recordemos que el sufrimiento, siguiendo a Paul Ricoeur,¹² es el resultado de no poder estar con uno ni con los demás. Pero podemos aprender y cambiar.

Hoy el centro de la innovación es la *persona*, no las instituciones o los modelos. A partir de numerosos estudios sabemos qué funciona realmente, y siempre de manera personalizada. Dejemos atrás nuestro miedo a lo que no comprendemos y aprovechemos el momento de crecer, de permitir que suceda el cambio. Éste es un camino personal, apoyado por programas diseñados bajo la perspectiva actual de la nueva medicina de la persona, y este libro te acompañará en el trayecto hacia tu bienestar y el de tu familia.

Recientemente participé en una interesante iniciativa llamada Hacer México, promovida por Alejandro Burillo y Gastón Melo. Al coordinar la sección de salud, se propuso el lema “Conoce, exige y participa/actúa”. Estábamos en los meses preelectorales, con la urgencia de un cambio y la necesidad de la participación

ciudadana. Hoy debemos retomar este lema, que es de todos, y señalar las acciones hacia el bienestar en beneficio de la persona y la familia: 1) *Conoce* (problemática, riesgos, derechos) para poder *conocerte*; 2) *exige* (derechos, calidad en los servicios, transparencia y rendición de cuentas) para poder *exigirte* y poder tener mejores opciones, y 3) *participa/actúa* (ten conductas saludables, sé responsable, abre espacios de oportunidad, trabaja con las iniciativas ciudadanas, con otras organizaciones, etcétera).

Cambiar es posible y no se necesitan aparatos costosos, modalidades extravagantes ni terapias extrañas. Este libro no excluye lo que ya funciona, sólo pretende ayudarte a identificar tus conductas saludables y de riesgo, promoviendo el desarrollo de la inteligencia emocional para facilitar el cambio. Ten presente que lo positivo es lo que nos hace crecer y mejorar, mientras que lo negativo nos limita e interfiere con ese crecimiento. Sabemos que toda mejora de la sintomatología —la restricción emocional o alimentaria, el vómito, el atracón, la pérdida de control, etcétera— que no esté acompañada de un desarrollo emocional será temporal y la crisis estará de regreso. Lo más impactante es que es posible darle la vuelta al destino grave o fatal si empiezas hoy, y la evidencia lo indica. Poblaciones enteras que han podido modificar su dieta y su nivel de actividad física hoy son mejores sociedades, más libres de enfermedad, ya que la salud, temo decirlo, no se encuentra en los hospitales, sino en casa, en los libros, en la música, en las calles libres de humo y alcohol, en el patio de juegos, en las escuelas, en el salón de arte, durante el recreo, en los bebederos, en la resbaladilla, en el mercado, en la sección de frutas del supermercado y en el agua simple potable. Todo esto existe y puede ser nuestro común denominador como mexicanos. Si nos callamos, perdemos; si no actuamos, perdemos. Tenemos voz, hay que utilizarla.

Debemos enfrentar y asimilar los cambios necesarios para aprender a vivir dentro de nosotros mismos y con los demás. No hay manera de seguir este viaje sin revisar la maleta de vez en cuando. Escribamos nuevas historias, mejores, ya no en clínicas, buscando ayuda, sino de paseo por los parques, entre risas, hablando hasta el amanecer, enfocados en nuestra respiración, entre recuerdos de estrellas y noches dormidos, abrazando a nuestro amor. Despertemos con ganas de vivir y aportar lo mejor que tenemos a este maravilloso país.

MAPA I

Factores de riesgo: el ambiente obesogénico



Este primer mapa, que te guiará en tu nuevo proyecto de vida, está enfocado en el descubrimiento de la persona, en el regreso a lo íntimo y a lo propio, para que logres ser incluyente de nuevo contigo mismo y con tu entorno social y familiar. Toda acción educativa y sana que no aterrice en el individuo, en uno mismo, no puede existir a largo plazo, carecerá de un fundamento sólido, pues su efecto debe resonar en uno y responder a las necesidades actuales en sintonía con las emociones.

Sabemos que todo se asocia en el interior de nuestra mente, no exclusivamente lo positivo o bueno. Y ya que el peso de lo temido, lo inquietante, lo que hace temblar nuestro ideario y propiciar nuestras acciones es mucho mayor, debemos poder identificar su origen y evitar convertirnos en sus rehenes. No queremos que las sorpresas se traduzcan en una situación terrible que entorpezca nuestro autoconocimiento y la exploración de nuestras emociones. La displicencia de la parte sentimental nos deja carentes de inteligencia emocional.

Howard Gardner aportó al concepto de inteligencia emocional de David Wechsler a principios de los años ochenta cuando habló de inteligencias múltiples, un tipo de metahabilidades, asociadas con los procesos educativos, una idea que tuvo gran auge en los años noventa.¹ La Organización de las Naciones Unidas (ONU) incluye la inteligencia emocional dentro de las habilidades socioafectivas, las cuales activan y vuelven dinámica la otra parte operativa de la inteligencia en el aprendizaje, además de formar parte del desarrollo social, educativo y laboral exitoso.² Ante todo, nos recuerda cómo el enfoque en lo personal no puede entenderse sin su entorno.

Llevamos siglos recibiendo una educación intelectual —en el mejor de los casos, pues menos de 17% de la población cursa estudios universitarios y México tiene el porcentaje más bajo registrado en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo

Económicos (OCDE), cuyo promedio es de 37%—,³ creyendo que sólo memorizar datos nos hace capaces, en lugar de cuestionarlos, comprenderlos y asimilarlos. De igual manera, hemos aprendido a ganar todo argumento, dejando fuera la posibilidad de perder, ignorar, negar sin tener miedo a ser criticados por algo. Ni en la escuela ni en la casa nos enseñan la importancia de la resiliencia, la capacidad de remontar la adversidad. Nos concentramos en adquirir capacidades racionales, nunca habilidades para la vida, a partir de la dificultad emocional.

Dentro de este desprendimiento de las emociones, e incluso ante una actualidad llena de violencia, evitamos hablar de la muerte y de las enfermedades como estados que todos enfrentaremos tarde o temprano. Parecería que nuestra historia con la muerte y su cultura nos hace asumirnos inmunes contra la amenaza de su llegada anticipada.

Debido a esta limitación educativa ideoafectiva no debería sorprendernos que un grupo importante de la población mexicana desordene su nutrición a través de accesos impulsivos⁴ o comiendo en respuesta a estados afectivos negativos, pues como ya lo he comentado, la población que reporta un mayor riesgo de sobrepeso, obesidad y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es un claro, frecuente, triste y doloroso resultado del analfabetismo emocional.

Hablamos ampliamente sobre la obesidad y sus riesgos porque pone en relieve los valores de una sociedad permisiva que ofrece el beneficio primitivo y pobre de comer a voluntad, tantas veces como se encuentre algo, sea o no delicioso; sin medida y en porciones superiores a las de la edad, la complexión o el tipo de actividad física.

En 2008, como vocero de la lucha contra la obesidad en México, creamos una campaña de promoción de la salud llamada “Vamos por un millón de kilos”, cuyo objetivo era movilizar a la población, con la participación de las instituciones del sector salud, para que adoptaran hábitos saludables que se reflejaran en el peso corporal. Aunado a esa campaña, el exitoso programa privado Un kilo de ayuda ofreció donar un kilogramo de comida a la población con bajos recursos por cada kilogramo que perdieran los inscritos. Fue un éxito,⁵ y si lo menciono es porque ilustra muy bien lo fácil que nos parece movilizarnos por los demás (encomiable), que por nosotros mismos (peligroso). Sin descuidar nuestra faceta solidaria, ya es tiempo de estar más alertas sobre nosotros mismos.

Veo esto todos los días, en mis pacientes y sus familias. Gente exitosa, trabajadora, estudiosa; niños, adolescentes, adultos de todas edades, de todos los perfiles y niveles socioeconómicos, preocupados por hacer que todo funcione perfectamente, por ser únicos, ser buenos y que todos los quieran, incapaces de expresar su criterio, de poner límites por miedo a ser excluidos.

Este gran vacío, este hoyo negro de nuestra vida privada, en casa y fuera de ella, se amplifica por el gran olvido del Estado que, con su desinterés en la educación emocional

de los ciudadanos, ha perpetuado su analfabetismo emocional. Por desgracia, esto no es exclusivo de la población que padece sobrepeso, obesidad o algún TCA, sino que trágicamente también hunde a los que padecen otros tipos de trastornos, destacando los de origen mental y las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como diabetes (niveles elevados de glucosa en la sangre), hipertensión (presión arterial elevada), dislipidemia (altos niveles de colesterol en la sangre), cáncer y muchas más, las cuales se disparan con el sobrepeso y la obesidad, y generan más de 80% de las muertes en adultos.

EL ESTADO MEXICANO *VERSUS* LA SALUD MENTAL

El gasto en salud mental en México es ínfimo, penoso incluso: representa sólo 2.2% del total del presupuesto de salud. De éste, 55% es exclusivo para las adicciones, y 44% es para el tratamiento en hospitales psiquiátricos. De las más de 5 000 unidades de tratamiento, sólo 30% tiene protocolos clínicos validados. El 81% de las personas con algún padecimiento mental no recibe tratamiento, y pueden tardar entre 8 y 30 años en recibirlo.⁶ No es de sorprender que alguien responda cuando le sugerimos que vea a un profesional de la salud mental: *¡No estoy loco!*

Dramáticamente, los profesionales de la salud y de la educación también nos hemos quedado solos. Como gremio, los médicos somos ajenos a todo tipo de formación emocional porque nuestra instrucción fomenta lo racional y señala como frágil y malo lo que no entre en esa categoría. Durante los estudios universitarios, en el mejor de los casos, encontramos lo sentimental en la teoría y representado sólo en la enfermedad, como padecimiento, no a partir de su papel esencial en el crecimiento y el desarrollo de la persona, e incluso como aspecto definitorio de las distintas fases en el ciclo de vida de todo ser humano.

Las demás profesiones no están libres de sufrir los mismos avatares. Desde el proceso de selección para ingresar a cualquier facultad y carrera, el aspecto emocional no tiene un papel relevante. Sin embargo, es vital comprender que la dimensión emocional no entorpece, sino mejora nuestra capacidad personal, familiar, social y, por ende, profesional. Sufrimos este analfabetismo como sociedad, y sólo se agrava cuando se asocia con cualquier tipo de trastorno. Por ello es urgente estar alerta.

La conducta alimentaria es un regulador bio-psico-socio-cultural, un modelo único, irremplazable y maravilloso que nos lleva a ver claramente cómo se conforma nuestra *conducta saludable*, pero puede ser igualmente *obesogénica*, el complemento perfecto, casi exacto y muy peligroso del *ambiente obesogénico* actual, promotor de la desconexión con lo personal y emocional, inclinado al sedentarismo, a la violencia, al exceso, lejos del modelo biológico humano más antiguo, el canal natural para estructurar

nuestros ritmos, generar equilibrio, orden y un método vital.

Nos encontramos en un ambiente desprendido por completo de los aspectos más elementales del ser humano. Similar a la persecución milenaria por saciar el hambre, el movimiento siempre ha acompañado nuestra búsqueda de alimento, y se convirtió en la base del trabajo agrícola y posteriormente industrial. Pero hoy ya no sabemos presentir nuestra saciedad ni comprendemos que seguir moviéndonos es necesario para estar bien.

Si el objeto de la primera Revolución industrial fue la incorporación de las máquinas de vapor, de la segunda fue la inclusión de la electricidad en todos los procesos productivos y de la tercera fue el origen del internet y las computadoras, debemos reconocer que nosotros somos el objeto de la cuarta fase de ese desarrollo, una fase enfocada en el procesamiento de las bases de datos (*big data*) y su implicación en las inteligencias artificiales.⁷ Pero sacar provecho de los avances no debería implicar nuestro entorpecimiento. Para transitar de la sociedad de la información a la del conocimiento, debemos asegurarnos de que esa información esté basada en evidencia científica, sea fácil de comprender, aplicable a nuestra realidad, amena y capaz de generar conexiones familiares y personales capaces de promover nuestro crecimiento y desarrollo.

La sociedad del conocimiento nos permitirá descubrir el ambiente y las conductas, tanto sanas como de riesgo, en México y América Latina. La ciencia a nuestro servicio diario ha identificado qué es fundamental para estar bien en el día a día y poder aportar al plan de vida una constante que mantenga al bienestar como resultado en el corto, mediano y largo plazos.



Capítulo 1

Breve historia del hambre

Homo sapiens fame

La paleoantropología, como la genética, nos señala nuestros orígenes. Hasta hace poco la definición precisa de nuestra especie era *Homo sapiens sapiens*, subespecie del *Homo sapiens* (hombre sabio), definición propuesta por el sueco Carlos Linneo y aceptada desde el siglo XVIII.¹ Sin embargo, ya que se descartó nuestro nexo filogenético con el neandertal, se usa solamente de forma binominal. Al seguir los reconocidos descubrimientos de los esposos Louis y Mary Leakey en Etiopia, en 1963, sabemos que el *Homo sapiens* proviene de África —con una antigüedad de 195 000 años—, desde donde emigró a Europa y Asia, hace 130 000 años aproximadamente.²

Al adentrarnos un poco más en esta amplia historia, podríamos también reconstruirla, entender más sobre nuestra evolución y la naturaleza que sigue marcando nuestra pauta de migración y estilo de vida a partir del hambre, no sólo por la ausencia de alimento o la amenaza de hambruna, sino como una característica que nos lleva a considerar una subespecie: *Homo sapiens fame*.

SYSTEMA NATURAE

Carlos Linneo propuso un interesante sistema de clasificación llamado *Systema naturae*, el cual manifiesta el respeto por cada una de las especies —incluyendo los minerales— y su integración en una secuencia regular o una cadena que vincula todo dentro de un mismo equilibrio.³ Publicada en 1735, ésta fue la primera obra de su tipo, un gran ejemplo histórico capaz de recordarnos que existe un sólo mundo donde conviven todas las especies y subespecies, pese a la preponderancia del *Homo sapiens*. Esto sólo nos hace más responsables que las otras especies por presentar un mayor nivel de conciencia y visión histórica.

De la misma manera, casi tres siglos más tarde, se sigue manifestando la misma necesidad de equilibrio en propuestas globales como Una salud,⁴ creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las plantas, los animales y los humanos residen en el mismo ambiente, y todos son afectados y beneficiados de manera sincrónica. Este enfoque se explica, por ejemplo, en el interés por la inocuidad de los alimentos, el control de las enfermedades transmisibles entre animales y humanos, como la gripe y la rabia, recalcando que el mundo es un sólo ecosistema con prevenciones y soluciones interdependientes, no aisladas, como lo defiende André-Laurent Parodi, de la Academia Nacional de Medicina de Francia.⁵

Añadir el distintivo *fame* (hambre) nos ayuda a comprender nuestra historia y también nuestro futuro, ya que la alimentación es uno de los mejores caminos para intentar mejorarlo. Desde los tiempos de las hordas primitivas y hasta mediados del siglo XX, los seres humanos dedicaban 90% de su tiempo a conseguir comida⁶ para saciar su hambre. Si consideramos que hemos dedicado casi toda nuestra existencia como especie a este propósito primario, no debería extrañarnos que nuestras nociones de cuerpo y mente estén cargadas con registros asociados a amenazas como la falta de alimento. Es una conducta guiada por la región más primitiva de nuestro cerebro, la encargada de sobrevivir, dirigiendo los instintos básicos a corto plazo.

Si bien tenemos registros del hambre desde la historia más remota, hasta hace pocos siglos quedó establecido un claro estado de conciencia del hambre. Desde la Edad Media, por ejemplo, se entendía el impacto de la hambruna en la población, pero fue hasta el siglo XIX cuando estudiosos como James Vernon ubicaron lo que se convertiría en la visión moderna del hambre: una visión *humanitaria*, dado que no sólo se trata de la conciencia, sino de una incipiente noción social, algo natural, inevitable y presente, inherente a la naturaleza humana.⁷ A finales del siglo XIX nace también la ciencia de la nutrición humana y, por ende, la medición del hambre, sus procesos fisiológicos, los registros centrales en el cerebro, su influencia en el crecimiento y el desarrollo, un concepto básico en la educación, fundamental para comprender la salud y el bienestar.

La manifestación física del hambre que conocemos es el resultado de la tensión por una baja de glucosa en la sangre. El cuerpo lanza una alarma alertando a los sentidos con olores, imágenes, sonidos y expresiones asociadas con el gusto por ciertos alimentos. El registro cerebral, siempre presente, fluctúa dependiendo de la hora y el tipo de dieta que se lleve. Con la extensión en la cavidad gástrica por el ingreso de los alimentos se envía una primera señal al cerebro; esto es particularmente con sólidos, ya que los líquidos distienden menos el estómago y durante menos tiempo, razón de que sean una amenaza si se trata de bebidas con un alto contenido calórico (refresco, jugo o agua de fruta, bebidas con azúcares añadidos) porque no dan señales de saciedad y aumentan así el riesgo de un mayor consumo.

Nuestra dieta paleolítica de hace 10 000 años era muy distinta de la dieta común de hoy. Estaba conformada por proteínas (37%), carbohidratos (41%) y grasas (22%), con un nivel muy bajo de grasas saturadas y colesterol, tal como reconstruyeron Stanley Boyd Eaton y Melvin Konner.⁸ Si recordamos que muchos eran nómadas y cazadores, claramente tenían una intensa actividad física, lo que hace toda la diferencia en la alimentación. Las primeras muestras de arte rupestre, que datan de hace 40 000 años,⁹ representan las primeras formas simbólicas de la realidad: el estilo de vida, la comida, los utensilios. Vemos distintos animales, presas ricas en aporte calórico, como bisontes y venados, al igual que la imagen del fuego, cuyo uso benéfico para dar calor y cocer los

animales cazados facilitó el proceso de digestión de la carne, y esto a su vez repercutió directamente en el desarrollo del cerebro humano.¹⁰

La realidad interna y la externa del hombre han estado vinculadas desde hace miles de años a través del *hambre* y los fenómenos asociados con los alimentos. Nuestra representación del mundo y de nosotros mismos viaja a la par de la evolución, el desarrollo, la lucha contra el hambre y la conquista de la naturaleza. Concentrados en la noción de salvarnos, de vencer el hambre y la carencia, nos enfrentamos ahora a las consecuencias de una manera desesperada y peligrosa por querer dominar la naturaleza, corriendo incluso el riesgo de aniquilarla. Pocas descripciones son tan bellas, claras y acuciosas sobre este proceso histórico que funda a la especie humana, como este fragmento de Carlos Fuentes:

El arañazo humano en el muro blanco de la naturaleza se llama cultura. Respondemos a la creación original con el supremo atrevimiento de añadir algo que no estaba allí. Surco y arado. Techo y cocina. Lectura de los cielos. Pintura en las cavernas. La cultura —defensa, hogar, procuración, palabra y representación visual y sonora— nos libera del miedo. Un bisonte pintado en la pared somete al bisonte suelto en la pradera. El cántico aplacador aleja los peligros del fuego. Un objeto útil para vivir se convierte en un objeto útil para sobrevivir.¹¹

La cultura es nuestra aportación a la naturaleza, y quizá también a la comprensión de la naturaleza de las cosas, la ciencia. Si recordamos que la cultura es el conjunto de conocimientos y conductas (técnicas, económicas, rituales, sociales, etcétera) que caracterizan a una sociedad,¹² es la propia cultura lo que permite leer al mundo y darles sentido a los sucesos.¹³ Desde un principio, el hombre entrega su representación visual y sonora del mundo, generadora de la palabra, para liberarse del miedo que lo paraliza, que no lo deja pensar, planear, organizarse para enfrentar la adversidad. Se trata del origen de la resiliencia, de la estrategia. Los hombres y las mujeres se organizan para no sufrir hambre, e incluso llegan a matar. Es una marcha que existe desde hace miles de años.

Hoy no podemos olvidar que tenemos el mismo diseño genético, que el hambre nos convierte en cazadores, como a nuestros antepasados, sólo que nuestro conocimiento es mucho mayor: sabemos que lo inquietante del hambre, de ese vacío en la boca del estómago, se une con el dolor de cabeza y el disparo de los sentidos, con una tensión física y emocional que mezcla todo y evoca todas las fragilidades de la especie.

Podemos entender el hambre como un estado de conciencia extrema, de urgencia, que despertó toda la creatividad, disparando procesos de aprendizaje y competencias que antes no existían. Pero la amenaza actual del hombre es no poder reconocer esa misma tensión cuando no es de origen físico por falta de alimento.

Descubrimos que las emociones ayudan a representar los estados físicos, pero representan todavía más los estados mentales, que también expresan necesidades

importantes. Este vínculo se complica cuando existe una relación problemática con la comida sin analizar. La tensión emocional puede confundirse fácilmente con la física, ya sea de carácter personal, familiar o social, por lo que tendemos a querer aligerarla o distraerla comiendo, o también con restricciones, así que nos encontramos con un malestar asociado también con el abuso de la alimentación. En todos estos siglos no nos han educado para identificar ni resolver la tensión de una manera que no sea solamente salvarnos de ella, sin preguntarnos antes si la tensión es hambre o angustia, por ejemplo. Derek Denton describe las *emociones primordiales* como un elemento subjetivo del comportamiento instintivo en el origen de la conciencia humana.¹⁴ Afirma que son un tipo de excitación imperiosa, acompañada de una intención compulsiva que apareció en el transcurso de la evolución como resultado de su carácter particularmente apropiado para la supervivencia del organismo, y dentro de las sensaciones, el hambre y las señales de alarma como la angustia suceden y se entrelazan.

Ante todos los enfoques y enseñanzas carentes de interiorización con que vivimos y aprendemos a vivir, nos enfrentamos a la historia del hambre, a la cual podríamos llamar también historia del hombre, pues son inseparables y se encuentran superpuestas una en la otra. El temor de no tener comida o morir de hambre es persistente en la mente de todos los animales de este planeta, incluyendo a los humanos. Como aspecto fundamental de la vida, el hambre nos sigue o nos persigue si no la tomamos en serio y comprendemos sus fuentes físicas, emocionales, sociales e incluso espirituales.

Las emociones, el hambre y la saciedad

El analfabetismo emocional frecuente en el mundo se encuentra en su máxima expresión como parte de la cultura machista en México y América Latina, lo que nos deja registros emocionales personales muy pobres, en lo particular para tres sectores de la población: las mujeres, los niños y los adolescentes. Esta circunstancia surge por el bajo nivel de conocimiento que ha existido en el sistema educativo acerca del funcionamiento físico, emocional y personal del ser humano. Por supuesto, aunado a las limitaciones en los servicios de salud en caso de tener algún tipo de dificultad física o emocional. Como no se considera la dimensión emocional, la atención médica se torna parcial y vuelve imposible un enfoque de género, de edad (por ejemplo, adolescente o adulto) o de condición (indígena, migrante, entre otros).

En la actualidad se desconoce casi por completo la empatía. Estamos desconectados de nuestras emociones y somos incapaces de vincularnos con las de los demás. Hoy más que nunca es esencial entender el hambre en el interior del ser humano, e incluso en sus variantes mexicana y latinoamericana, para poder separarla del estado emocional. Jean-Pierre Changeux sugiere que los procesos de gratificación, como la sed, el hambre y el sexo, se sitúan en la vía que conduce a la conciencia en organismos superiores como el hombre.¹⁵ Implican evolución, pero exigen educación para poder identificarlos y manejarlos.

Cuando estamos frágiles por algún trastorno físico o emocional, nuestras señales se confunden y las amenazas nos invaden, a lo que también podría sumarse la existencia del *sufrimiento*. En palabras de Paul Ricoeur, el sufrimiento se refiere a la dificultad que encontramos ante los afectos abiertos; sucede una crisis, la imposibilidad de reaccionar, de actuar, la cual incluye un cuestionamiento, pero difícilmente avanza y evoluciona por sí solo a la luz del entendimiento.¹⁶

Hoy sabemos que existen dos termómetros importantes que debemos conocer, conservar, promover y compartir para estar bien: el *registro de las emociones* y el *registro del hambre y la saciedad*. Al identificar tu estado emocional fácilmente identificas lo que te inquieta o altera, y puedes discernir, detenerte, tomar distancia, pedir ayuda o huir, según sea el caso. Con este fin, en mi consultorio propongo siempre un ejercicio a mis pacientes: todos los días, al despertar, hazte esta pregunta: *¿Cómo me siento?* El objetivo es conectar con tu interior. No es necesario ponerte en posición de flor de loto o alguna otra extravagancia, sólo es importante que lo incluyas en tus hábitos diarios, como dormir entre seis y ocho horas, hacer un poco de ejercicio, desayunar y asearte.

Al abrir los ojos es posible que te sientas de muchas formas: tranquilo, cansado, contento, triste, enojado, etcétera. Los días que te sientas mal, sólo con poder identificar ese malestar estarás más en control de tu estado emocional, aun si no logras definir tu estado anímico. La emoción inicial puede determinar tu condición general a lo largo del día, tu actitud, y cuando pases cerca de un espejo vas a constatar en tu cara la coherencia de ese estado emocional: si me siento mal, me veo mal. En los momentos que sí puedas definir el malestar: cansancio, sueño, dolor, tristeza, flojera, enojo o aburrimiento, por ejemplo, lo notarás igualmente en tu reflejo. Cabe señalar que los sentimientos placenteros también se registran en la imagen corporal. Cuando te sientas feliz, a gusto, pleno, contento, divertido, etcétera, exhibirás esa misma cara y cuerpo en el espejo. Responder esa pregunta cada mañana hará que inicies un buen día contigo mismo, acompañado de tu persona.

Partimos desde la base de que la imagen corporal está regida por las percepciones físicas y emocionales, porque muchas veces el dolor de cabeza, de estómago, articular o muscular te puede hacer sentir mal también —no te dejó dormir, tienes dolor—, entonces te vas a ver cansado, agotado, fatigado. En todos los casos te toca identificar y alimentar tu registro emocional con datos actuales; si no eres capaz de alimentarlo con tus registros emocionales, corres el riesgo de tener a la larga problemas físicos y emocionales por no poder detenerte un momento y responder a tus necesidades. Cuando no logramos estar conectados con nosotros mismos se nos cruzan los registros externos como si fueran propios, y lo más grave, vivimos en un estado de emergencia o con miedo al exterior.

En esta modalidad confusa destaca una situación muy grave, propia de la sociedad de consumo en que vivimos y que padecemos con una violencia inusitada: “Como me veo, me siento”. Clotilde Rapaille trabaja este código cultural.¹⁷ Se trata casi de un arquetipo que nos condiciona socialmente, nos envuelve, enreda y confunde. Al no haber registrado mi estado físico y emocional al despertar, entra en automático el archivo genérico de registros malos, feos, oscuros, sucios e incómodos, los más primitivos, que implican exclusión, rechazo, crítica, miedo, terror, y desafortunadamente se une a otros códigos culturales más fuertes y extremadamente comunes: el calificativo social genérico de “gordo”; el rechazo social si no lo soportamos en silencio; la imposición social de evadir este malestar, de negarlo o reprimirlo, ya que, como sociedad, nos encanta decir y escuchar: “Todo está bien, excelente”. El problema escala cuando ese “estoy gordo” entra en nuestra mente en lugar de “me siento mal” y “me veo mal”.

En este punto pasamos al otro registro fundamental: el registro del hambre y la saciedad. Está regido por los niveles sanguíneos de glucosa, los cuales nos indican la necesidad de comer o dejar de hacerlo. En el hipotálamo existen dos núcleos, el ventro medial y el ventro lateral, y son los responsables de la fisiología básica del hambre y la

saciedad en los mamíferos. Pero no es suficiente con que exista el registro fisiológico, es necesario crear un hábito, asir el conocimiento y no sólo escucharlo de vez en cuando. Debemos tener la costumbre de volver consciente nuestra hambre, así como identificamos y registramos nuestros sentimientos. De tal manera, evitaremos confundir los registros físicos con los emocionales.

Descuidar el registro del hambre es un factor determinante que promueve las conductas de riesgo en la epidemia de sobrepeso y obesidad. Si bien alrededor de 2 000 millones de personas en el mundo pasan hambre y carecen de los requerimientos vitales, las tasas de obesidad se han duplicado en los últimos 30 años: cerca de 1 400 millones de personas padecen sobrepeso y 500 millones son obesas.¹⁸

El ejemplo más común que escucho en mis pacientes, familiares o amistades al hablar del hambre es que “no la sienten por la mañana”, así que no desayunan, se olvidan del tema y siguen su día. Les explico que el hambre es mínima al despertar y no se compara con la del mediodía, la de la hora de la comida o la de la noche (menor que la del mediodía). Puedes tomar como colación agua simple potable y una manzana, por ejemplo, pero necesitas alimentar tu cuerpo, pues cualquier tipo de restricción hace que el cuerpo se programe para generar reservas (grasa corporal) e irremediablemente se generan pensamientos extremos y conductas de riesgo, ya sean temporales o permanentes, que se convierten en el origen de la pérdida de control, rompen tu equilibrio y disparan tarde o temprano la ansiedad de comer en exceso. Tristemente, es una estrategia muy utilizada entre los mismos profesionales de la salud y la nutrición, quienes sólo dejan sin control al paciente. Las dietas restrictivas son de alto riesgo para la población en general.

Nadie nos ha explicado que el hambre tiene que registrarse, que tiene gradientes asociados a nuestros horarios, actividad física, edad y alimentación, de ahí la necesidad de una educación desde temprano sobre alimentación, focalizada en el registro del hambre y la saciedad, y el de las emociones. Ninguno es más o menos importante.

Al terminar de consumir los alimentos en cada una de las tres comidas y colaciones, nos sentimos satisfechos, saciados, y esto también es un registro importante. La saciedad es un factor importante que nos protege del sobrepeso y la obesidad, así como de una posible diabetes u otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), trastornos ansiosos o depresivos, adicciones, entre otros.

Tener plena conciencia de nuestros registros básicos nos integra de manera natural a la autoconciencia, la verdadera forma de progresar. Los modelos educativos de los siglos precedentes al XXI transitaban por el camino de la amenaza y no por el del equilibrio y de las palabras de bienestar. Necesitamos ser nosotros mismos, pero dentro de un eje de autoconocimiento, autodeterminación y autoestima, no como un estado emocional sorpresivo o mágico, sino como resultado del balance de nuestras acciones y conductas,

de la estabilidad personal que se cimienta en el adecuado conocimiento de nuestras capacidades y debilidades, permitiéndonos pedir ayuda y crecer.

Las señales fisiológicas de alarma de los trastornos son muy claras y fuertes. Nora Volkow, directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, ha mostrado que personas con obesidad presentan imágenes cerebrales semejantes a las de individuos adictos. Ante la dificultad de mantener conductas saludables en su estado de obesidad, estas imágenes sugieren que no se trata de un problema exclusivamente metabólico, sino cerebral, neurobiológico, apoyando la interesante noción de que la obesidad es un trastorno, y mental incluso.¹⁹ Otros trastornos de la conducta alimentaria ya se encuentran incluidos en el último Manual Estadístico de Criterios Diagnóstico (DSM-V), como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero no la obesidad. Podría entrar como “adicción a la comida”, comenta Volkow, próxima a los criterios de dependencia de sustancias sobre las conductas de la obesidad, asociando además el funcionamiento cerebral de ambos perfiles.²⁰ Investigadores como Johannes Hebebrand y Özgür Albayrak²¹ señalan que el concepto de adicción es importante para asociar la conducta a la enfermedad metabólica resultante, aunado a que sería más adecuado hablar de una *adicción a comer*, que de una adicción a la comida.²²

Por otro lado, encontramos que perder el control puede estar próximo a una conducta adictiva y que la restricción puede hacernos perder ese control y quedar presos de la compulsión misma de restringir, como lo observamos en los resultados del cuestionario de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa-restrictiva que el equipo de Luis Rojo desarrolló para evaluar la adicción a la restricción, poniendo en relieve el alto nivel adictivo de la conducta alimentaria cuando pierde su balance.²³ Roy Wise nos ofrece algunos puntos importantes para entenderla.²⁴

1. Lo adictivo consiste en un comportamiento que secuestra las estructuras sobre las que se asientan nuestras motivaciones más elementales (comer, beber y procrear).
2. Se ha demostrado que el comportamiento adictivo puede producir neuroadaptaciones similares a las del consumo prolongado de drogas.²⁵
3. Estas adaptaciones incluyen cambios en la plasticidad sináptica que favorecen el paso de un comportamiento de consumo de drogas a un comportamiento adictivo, además de que producen modificaciones en el aprendizaje asociativo.²⁶

El francés Philippe Jeammet, especialista en adolescentes, nos da una buena pista para entender este fenómeno frecuente, al recordarnos que el aparato mental tiene muchas funciones simultáneas: registro, almacenamiento, clasificación, eliminación, priorización, toma de decisiones y mantener bajo el nivel de tensión (la tensión

emocional o mental alta puede hacer que otras funciones se aletarguen o se detengan).²⁷ Es ahí donde la conducta sucede como un medio para descargar la tensión, como tics, morderse las uñas, acomodarse los lentes, usar tarabillas al hablar, pero la función repetitiva de las conductas también incluye la alimentaria. Debemos estar alertas de lo altamente adictiva que puede ser nuestra conducta alimentaria. Sabemos de antemano que todo trastorno de la conducta alimentaria se traduce en un riesgo de sobrepeso y obesidad, al igual que el consumo de alcohol y drogas.²⁸ Merece toda nuestra atención prevenir que se desordenen el hambre, la conducta y el equilibrio físico, emocional y social.

Sólo en casos extremos comemos por urgencia. Lo común es que respondamos a nuestros niveles de glucosa para mantener una buena temperatura de 37 °C, guardando y liberando reservas con un peso constante, relativo al consumo y al gasto energético. La mayoría de estas decisiones dependen de nuestro cerebro profundo, arcaico y primitivo, encargado de los instintos básicos de supervivencia: búsqueda de comida, respuesta agresiva (ataque/huida) y reproducción. Este cerebro primitivo se remonta a 200 millones de años y rige muchos de nuestros mecanismos, destacando la alimentación.²⁹ Se condiciona a temprana edad, y la lactancia, por ejemplo, será una gran plataforma de orden y protección. Romper este equilibrio natural regulador del hambre nos pondría en peligro como especie.

El ideal sería beneficiarnos de los descubrimientos actuales que señalan cómo los periodos de restricción alimentaria despiertan el riesgo de perder el control con la comida; cómo el tamaño del evento, incluso saltarnos el desayuno, es un peligro al no tener nuestros registros estables; cómo nos pone igualmente en riesgo un estado emocional alterado. Necesitamos una alimentación estable, espontánea, variada y deliciosa para estar bien y caminar hacia el bienestar.



Capítulo 2

El ambiente obesogénico

La palabra *obeso* proviene del latín *obedere*, formado por las raíces *ob* (sobre) y *edere* (comer). El primer uso conocido de la palabra se atribuye a Noah Biggs, en 1651, en su manuscrito sobre medicina.¹ En 2002, la revista *The Lancet* habló de *globesity* para señalar el factor global de la obesidad,² pero desde finales de los años noventa comienza a circular un concepto social y de salud pública que podría parecer exagerado, alarmista y negativo, señalando el arribo y la permanencia de la obesidad: *ambiente obesogénico*. Al respecto destacan los trabajos de Boyd Swinburn, Garry Egger y Fezeela Raza en 1999,³ quienes señalan que el consumo es el tema crucial en el reciente despertar de la nueva época. Pareciera que la modernidad genera acceso a los principales beneficios de la humanidad, pero con mayor frecuencia también genera acceso a los mayores trastornos. Si bien los entornos llamados modernos generaron crecimiento y desarrollo en el siglo XIX y la mayor parte del XX, hacia finales del siglo pasado comenzaron a promover esta nueva pandemia de la obesidad, de un nivel masivo, invasivo, sin consideración de género ni condición social alguna.⁴

El sector salud tiene muy poco tiempo alerta y preocupado por las personas obesas como “grupo de riesgo”, pero lleva aún menos tiempo alertando al público sobre su gravedad y magnitud, así que observamos una mínima posibilidad de que el Estado tenga la capacidad de contener la pandemia, y mucho menos resolverla. El personal de salud y educación tiene las mismas conductas de riesgo que la población en general, como lo demuestran muchos de los estudios que exploran los datos médicos de los trabajadores de salud en nuestro país.⁵ No es ninguna sorpresa, pues su capacitación está enfocada en buscar mejoras o cierta liberación de los síntomas cuando ya sucede el trastorno, pero no más allá. Como gremio no contamos con armas claras para hacerle frente a la obesidad desde nuestra trinchera personal, familiar y social.

Nuestras leyes tampoco han evolucionado en la dirección de nuestra protección, reglamentando el espacio comercial y publicitario, incluyendo el de la alimentación. Permanecemos expuestos al tsunami de esta sociedad de consumo, generando un entorno de altísimo riesgo en México y América Latina: por un lado, el consumo sin límite y, por el otro, un ideal estético alejado de toda nuestra identidad latina que dispara una ráfaga de aspiraciones para definirse desde el exterior.

Otra inconsistencia en los modelos mexicano y latinoamericano es que, en lugar de aportar al manejo de la obesidad, lo complican. Los programas son secretariales y no intersectoriales (diferentes secretarías, involucrando múltiples sectores), además de que no están abiertos a una asociación pública, privada, académica y social. En 2010 se desarrollaron acciones sin precedentes: el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

(ANSA), el cual reunió por primera vez al sector educativo y de salud;⁶ se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Conacro) por decreto presidencial;⁷ se formó el consejo intersectorial contra la obesidad, y se hizo la semana nacional de alimentación desde la Secretaría de Educación Pública.⁸ Sin embargo, hoy vemos que no ha progresado la posibilidad de prevenir el gran riesgo del sobrepeso, ya que lo seguimos viviendo como algo normal y sin riesgo; no nos alarman unos “kilitos” de más.

Es claro que va tomar tiempo que el Estado legisle claramente para proteger a la población de la publicidad comercial y limite ciertos productos que incrementan este riesgo, así como ofrecer un etiquetado frontal (la intervención con mayor impacto para la prevención del sobrepeso y la obesidad)⁹ que ayude a la reformulación de productos y a una elección saludable por parte del consumidor, como el logotipo NutriScore francés,¹⁰ un indicador sencillo de cinco colores que remite inmediatamente al comprador hacia una decisión de compra más saludable, sin necesidad de adivinar etiquetas. (Además del interés para las personas, la instauración de tal medida podría ser un importante incentivo para que los productores y distribuidores mejoren la calidad nutricional de sus productos con el fin de obtener un posicionamiento más favorable en el sistema de información nutricional visible para los consumidores y que de esta forma podamos valorar sus esfuerzos en términos de reformulación e innovación.)

La urgencia por tener acceso a la comida hizo que todos los gobiernos y la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) tardaran mucho en identificar el peligro inminente de la obesidad, tanto que fue hasta 1998 que lanzaron una alerta al respecto. En 2010 se convocó la Asamblea General de las Naciones Unidas por segunda vez en su historia para señalar la obesidad como una epidemia y reunir a los presidentes para una acción conjunta.¹¹ (La primera vez que se reunieron para un tema de salud fue en 2001, por el VIH/sida.)

México igualmente inició tarde, ya que su primer programa nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad se creó 10 años después de la alerta de la OMS, en 2008.¹² Sin embargo, fuimos pioneros en el continente con estrategias preventivas¹³ en las que pudimos identificar notas importantes, como que el mexicano sí quiere cambiar, pero no sabe cómo. Pudimos compartir y aportar al diseño del programa “Elige vivir sano”, de Chile,¹⁴ y “Let’s Move”¹⁵ de Michelle Obama, en Estados Unidos. El primer programa creado se llamó “5 pasos por tu salud”, y apoyó el desarrollo del programa “Quiero vivir sano”,¹⁶ el cual se ha convertido en el modelo adventista en América Latina.

Una de las dificultades que se identificaron para tener buenos resultados clínicos fue que se tratan la obesidad, sus efectos y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) desde la parte física —tomando en cuenta vagamente las conductas de riesgo y

promoviendo poco las conductas saludables—, pero no se incluye el aspecto emocional. El médico lo maneja por su cuenta, lo que imposibilita el tratamiento, pues no tiene las herramientas. Incluso en los aspectos físicos hay una carencia patente cuando simplemente no sabe prescribir una actividad física adecuada y se limita a recomendar: “Haga ejercicio todos los días e inicie de manera moderada”, que es lo mismo que decir: “Haga lo que pueda y se le ocurra, y nos vemos la próxima semana”.

Observamos claramente que los profesionales de la salud no practican el bienestar y difícilmente están bien. Los médicos somos el rubro con mayor índice de agotamiento, alcoholismo, depresión y, para acabar de pasarla mal, divorcios,¹⁷ lo cual nos altera y nos limita en la práctica para poder prescribir las bases del bienestar.

Hoy nos encontramos ante la posibilidad de dar vuelta a las estadísticas de fracaso y ser profesionales del bienestar, que va mucho más allá de intentar curar. De ahí parte mi interés por que tengamos una breve y clara guía personal y familiar, un mapa que nos oriente y nos permita desarrollar un entorno que funcione hacia esa meta, incluyendo a nuestros amigos y familiares. Primero se genera un “estado de bienestar” en nosotros y nuestro entorno, más adelante un “grupo de bienestar” y en un futuro quizá también un “centro de bienestar” en el trabajo, escuela o centro deportivo, para lo cual se ha desarrollado también una plataforma educativa a tu disposición (ve la sección de recursos).

A partir de los datos recabados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (Ensanut), en 2016 (su nombre no versa en el sentido de un lugar intermedio para lograr la salud, sino que hace referencia a la temporalidad de su realización: la mitad del mandato presidencial),¹⁸ observamos que la obesidad no ha dejado de avanzar en la mayoría de los grupos etarios, y lo más grave es que muy pronto dejará de incrementar su impacto, pero no por efecto de las acciones públicas preventivas y educativas, sino por llegar a sus niveles totales máximos, es decir, por representar una saturación epidemiológica. Las posibilidades de que pasemos del sobrepeso a la obesidad son muy altas, pero también de un peso saludable al sobrepeso; no debemos descartar ninguna de ellas, y mucho menos el reto a largo plazo que sería bajar de la obesidad al sobrepeso, y de éste a un peso saludable.

Es evidente la gravedad de la situación como mexicanos y latinoamericanos, ya que, tristemente, podemos hablar de la existencia y el predominio de un entorno de gran riesgo. Todos los Estados sin modelos ni programas exitosos de educación, con una muy baja inversión en la prevención, compartimos este ambiente obesogénico. Todos vemos el pobre efecto de campañas mal planeadas y con escasa evaluación, de programas de muy corto plazo con una mínima cultura del bienestar sin educación para “estar bien”, frente a una brutal sociedad de consumo, bien estructurada y con una publicidad muy superior en todos los sentidos a la pública sanitaria (los mejores horarios, en los mejores

medios, sustentada por serios estudios de mercado), propiciando a cada segundo que enloquezca nuestro *Homo sapiens fame*.

Tuvimos que esperar hasta 1999 para que se publicara la Declaración de Milán,¹⁹ en la que los países de la Unión Europea asumieron que la obesidad constituye un trastorno básico a partir del que se desarrollan comorbilidades de todo tipo (cardíacas, reumatológicas, digestivas, endocrinas, etcétera). En 2002 la OMS declaró su resolución WHA55.23 y desarrolló la Estrategia Mundial del Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud, aprobada por los Estados miembros en mayo de 2004 (resolución WHA57.17), momento en que se etiquetó la obesidad como la “epidemia del siglo XXI”.²⁰ La OMS incluso decretó que el 12 de noviembre sería el día mundial de la obesidad como parte de su santoral de los trastornos que aquejan a la humanidad.

La salud no sólo es física, también es emocional y espiritual, sin importar nuestro perfil educativo, social o cultural. Podemos avanzar aún más al poner atención en nuestro espacio personal, laboral y educativo, ya que son entornos importantes en diferentes momentos de la vida por su impacto intelectual y el tiempo de exposición a ellos. Es necesario generar continuidad entre lo que pienso y lo que hago, de dónde vengo (persona y familia), adónde voy (trabajo, familia y sociedad) y dónde me desenvuelvo (escuela y trabajo). Sin esta coherencia básica, dejaremos entrar al ambiente obesogénico. Debemos generar en cada uno de los espacios una experiencia completa de satisfacción, de bienestar, y alertarnos si no lo llega a ser, porque el malestar busca salidas de emergencia.

Transición nutricional, demográfica y epidemiológica

Para cerrar el ciclo de la obesidad deben existir las llamadas conductas obesogénicas (de las cuales hablaré con más detalle en el siguiente capítulo), y con ellas se perpetuará el ambiente obesogénico. Sin embargo, éste no apareció por error, es un resultado histórico global de nuestra sociedad, referente a tres bien identificadas transiciones que han contribuido al incremento del sobrepeso y la obesidad: nutricional, demográfica y epidemiológica.

La *transición nutricional* tiene que ver con nuestra manera actual de alimentarnos. Se refiere al incremento de ciertos alimentos, principalmente de alto contenido calórico, y el descenso en el consumo de verduras, frutas y agua simple potable, entre otros alimentos saludables. En México se generó a partir de varios factores entre 1980 y el año 2000,²¹ y representa el ingreso de nuestro país al grupo de naciones en desarrollo, es decir, los países que venimos del llamado Tercer Mundo y buscamos pasar al segundo, anhelando algún día llegar al primero, donde toda la población se beneficiará de las mismas oportunidades y viviremos en un Estado de derecho. El sueño es ése, pero la realidad es la siguiente: en los últimos 30 años consumimos 30% menos verduras y frutas, e incrementamos 40% nuestro consumo de bebidas azucaradas, refrescos y jugos endulzados;²² no tenemos el hábito de tomar agua como líquido básico, sino que parece un castigo; la actividad física es algo eventual, y las comidas rápidas y de alto contenido calórico son lo más frecuente en una gran parte de los hogares y espacios laborales urbanos, todo con un efecto directo sobre nuestro peso y nuestro índice de masa corporal (IMC).

La *transición demográfica*, por su parte, hace referencia a las edades de la población, y señala cómo hoy nuestra población ya dejó de ser principalmente infantil y adolescente, y se inclina más hacia el adulto joven y el adulto mayor. En lugar de tener un bono demográfico con un gran número de adultos productivos, gran parte presenta sobrepeso y obesidad por su alimentación y baja actividad física, además de estar en riesgo de padecer enfermedades como diabetes e hipertensión.

La transición demográfica en México se trata de un proceso intenso y rápido históricamente,²³ ya que en menos de un siglo (de 1930 a 2010) hizo el mismo recorrido que a la población europea le tomó más de dos.²⁴ México pasó de una mortalidad y una fecundidad elevadas, a unas reducidas: la esperanza de vida en 1895 era de 24 años, en 1900 de 25.3 años, en 1910 de 27.6 años, en 1930 de 34 años, en 1960 de 58 años, en 2010 llegó a 71 años y, finalmente, en 2016 alcanzó los 78 años para las mujeres y 73 para los hombres. La fecundidad por su parte disminuyó de siete a dos hijos por cada

mujer en apenas cuatro décadas (de 1970 a 2010).²⁵

La *transición epidemiológica* se refiere al cambio del tipo de enfermedades que se sufren en el siglo XXI. Hace 40 o 50 años las enfermedades que provocaban un alto índice de mortandad eran principalmente infectocontagiosas, las cuales ya responden a vacunas y antibióticos. (Es importante recordar la necesidad de vacunas en todos los grupos etarios para evitar que regresen esas épocas de alta mortalidad por causas infecciosas.)

Hoy en día las principales enfermedades son condiciones cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer, manejadas con medicamentos, que si bien responden positivamente a los hábitos saludables, generalmente se dirigen por completo hacia la otra dirección gracias al modelo actual de la sociedad de consumo y su influencia en todos nuestros entornos: familiar, escolar, laboral, de esparcimiento. Por eso, escapar de los ambientes obesogénicos requiere toda nuestra atención.

Las transiciones se entrelazan, por lo que sus efectos se multiplican. Consumir alimentos de alto contenido calórico y tener una baja actividad física tarde o temprano va a provocar aumento de peso, pasando al sobrepeso y posiblemente a la obesidad, tal vez desde la temprana edad adulta, o incluso antes, en la adolescencia o la niñez, como observamos actualmente. En ese escenario se disparan las probabilidades de sufrir diabetes mellitus, lo que a su vez multiplica los problemas cardiovasculares, ya que tener altos niveles de azúcar en la sangre termina por erosionar y tapan las arterias, seguido de los graves problemas que ya conocemos: ceguera, insuficiencia renal, las carísimas y peligrosas hemodiálisis, posibles amputaciones... Toda una tragedia a la vuelta de esquina, y que además de todo va propiciar la bancarrota personal y familiar.

La transición nutricional se atora en la transición demográfica y se dispara con la transición epidemiológica. Es una combinación pavorosa con resultados terribles en enfermedades y muertes. Por ejemplo, en México hubo un incremento de sobrepeso y obesidad en adolescentes entre 1998 y 2006: el sobrepeso se multiplicó 3.5 veces y la obesidad cinco veces en tan sólo 20 años.

La modificación de la dieta del mexicano hizo que ahora sufriera la doble carga de la malnutrición: hipernutrición e hiponutrición. Por una parte, incrementamos el valor calórico de los platillos y las porciones, pero la alimentación se volvió muy alta en carbohidratos y grasas, y baja en verduras y frutas, lo que nos deja con una hiponutrición de micronutrientes como calcio, fósforo, hierro, magnesio, vitamina B₆ y zinc. Por eso tenemos personas con sobrepeso y obesidad que están malnutridas o desnutridas.

Lo vemos claramente en los porcentajes de consumo que recabó la Ensanut en 2016:²⁶

Niños en edad escolar	Adolescentes	Adultos

Bajo consumo	Alto consumo	Bajo consumo	Alto consumo	Bajo consumo	Alto consumo
22.6% verduras	81.5% bebidas azucaradas no lácteas	26.9% verduras	83.9% bebidas azucaradas no lácteas	42.3% verduras	85.3% bebidas azucaradas no lácteas
45.7% frutas	61.9% botanas, dulces y postres	39.2% frutas	59.4% botanas, dulces y postres	51.4% frutas	38% botanas, dulces y postres
60.7% leguminosas	53.4% cereales dulces	63.1% leguminosas	50.3% cereales dulces	70% leguminosas	45.6% cereales dulces

Los principales obstáculos que mencionaron para poder alimentarse saludablemente fueron la falta de dinero para comprar frutas y verduras (50.4%), la falta de conocimiento al respecto (38.4%), el tiempo para preparar alimentos saludables (34.4%), la falta de una alimentación saludable en la familia (32.4%), la preferencia por consumir bebidas azucaradas y comida chatarra (31.6%), la falta de motivación (28.3%) y el desagrado por el sabor de las verduras (23%).²⁷

Sin embargo, a pesar de estas cifras, 84% reporta estar totalmente de acuerdo con que el agua pura se encuentra de forma gratuita o a bajo costo en su comunidad. La mayoría considera que consumir bebidas azucaradas favorece el desarrollo de la obesidad (92.2%), de las caries dentales (93.4%), de la presión alta (86.2%) y de la diabetes (93%). Un alto porcentaje vincula la obesidad con la diabetes (95.6%), el cáncer (80.8%), la dificultad para respirar (91.3%), la presión alta y otras enfermedades del corazón (95.5%), así como la baja autoestima y la depresión (93.6%). Tener obesidad es grave o muy grave para 97.5% de la población encuestada; un porcentaje muy similar de quienes la consideran un problema nacional, 98.4%.²⁸

Para resolver esta problemática es vital informarnos, mejorar nuestro ambiente obesogénico y saber qué estamos consumiendo. A nivel nacional, 40.6% de la población lee el etiquetado nutrimental de los alimentos empacados y las bebidas embotelladas. El 76.3% no sabe cuántas calorías debería consumir al día. Menos de 55.9% lee el etiquetado de las Guías Diarias de Alimentación y 71.6% lee el posterior. Solamente 19% revisa los empaques o se fija si el producto tiene un logo o leyenda indicando que es saludable, y 28.5% nunca ha comprado un alimento por la información nutrimental de la etiqueta.²⁹

Es importante recordar que tener sobrepeso no es sinónimo de salud. Antes se pensaba que era más sano el que comía más, pero en el siglo XX se dieron cambios considerables en la calidad de los alimentos y se aumentó de sobra el consumo,

rebasando nuestras necesidades calóricas. Esto dispara la generación de reservas, la acumulación de energía en forma de grasa, ya sea dentro del abdomen (intraabdominal) o bajo los tejidos (subcutánea), creando la apariencia que todos conocemos de las llamadas “llantitas”. En comparación con las personas que tienen un peso normal: las personas con sobrepeso (IMC 25-29.9) tienen el doble de riesgo de desarrollar diabetes, las personas con obesidad (IMC 30-34.9) tienen más del triple de riesgo y las personas con obesidad tipo II (IMC 35 +) tienen seis veces más riesgo. El sobrepeso y la obesidad son una problemática compleja que se facilita cuando se asocian limitaciones personales, familiares y sociales.

Hogar

Existe una máxima, tomada de la gran nutrióloga Ellyn Satter, para marcar una pauta saludable y de convivencia en la familia que pueda propiciar el crecimiento y desarrollo:³⁰ los adultos somos los responsables de lo que se habla, se discute, se propone o se pone sobre la mesa, y los hijos son responsables de opinar, participar y discutir sobre su pertinencia o no. Y esto incluye la alimentación. Necesitamos entrenar a los menores para pensar y argumentar, así como enseñarles a identificar sus emociones, pero también necesitan reconocer su registro de hambre y saciedad. Por ejemplo, si ponemos en la mesa bebidas azucaradas en lugar de agua, o panes antes de haber consumido proteína animal, frutas y verduras, y les pedimos a nuestros hijos que no los consuman porque engordan, sólo los vamos a confundir.

Debemos desarrollar una dinámica familiar basada en el orden, los horarios y las porciones, pero también en el *debate de ideas y propuestas*, donde las discusiones y las opiniones sean libres —y también puedan ser contrarias—, donde no exista el peso de la edad, el género ni la jerarquía. Todos necesitamos aprender a decir “no” sin sentirnos apenados, y es mejor si lo asimilamos desde pequeños. Es preciso perder la sensación de incomodar o de ser maleducados por pensar diferente o negarnos a algo. Muchas veces, querer agradar a toda costa nos complica la vida, nos conflictúa y limita, en especial cuando no podemos hacerlo. Pero todo puede empeorar si “no se quiere ser desagradable”, porque nos encierra a tener que aceptar todo, incluyendo lo violento o riesgoso, y sólo por miedo al rechazo. Y si los adultos también tienen la dificultad de actuar sobre su derecho y responsabilidad, el caos reina fácilmente en casa.

Asentir ante cualquier cosa no nos asegura el éxito ni el agrado de nadie; es más, lo que puede asegurar es nuestra desaparición por no tener expresión y planteamiento propios. Desde la casa debemos romper el formato de callar y aguantar. Someternos no amplía nuestro entendimiento ni mejora la calidad de nuestras relaciones. Podemos seguir conviviendo sin pensar que la relación está en juego o en peligro, sin que haya alguna clase de resentimiento. El ambiente obesogénico existe y subsiste a partir de una relación personal, familiar y social acrítica, pasiva y temerosa.

Es nuestra responsabilidad como adultos desarrollar un hogar con orden, amor y respeto, donde se pueda *estar bien* y expresar libremente, donde los pequeños puedan expresar sus gustos, opiniones y preferencias dentro de un estado de respeto que promueva su actitud de emprendedores. Todo lo que podamos desarrollar desde el hogar, partiendo de uno mismo, es lo que vamos a encontrar en el ambiente. Cuidemos que no sea uno obesogénico, donde intentemos manejar las emociones con comida, con exceso.

El hogar puede ser un ambiente promotor de la obesidad en la medida en que limitemos los derechos y las obligaciones, así como nuestra capacidad crítica y nuestra curiosidad, todo lo que nos inste a preguntarnos, informarnos e investigar sobre todas las cosas, a no tener secretos, a no permitir el silencio. Y en esta comunicación abierta, la comida no puede ser la excepción.

Desde niños necesitamos aprender a comer y beber de acuerdo con nuestras necesidades fisiológicas particulares, guiados por el hambre y la saciedad. Pero el problema del sobrepeso y la obesidad presenta otros factores igualmente importantes que la ingesta calórica excesiva. Son factores de riesgo, barreras ambientales que, al no tener claridad en la mente y las emociones, propician que el hogar se vuelva obesogénico. Distinguirlos no es difícil, pero podemos seguir el modelo conceptual creado por el equipo de Boyd Swinburn, Angelo (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity), una cuadrícula de análisis para elementos vinculados con la obesidad:³¹

Factores relativos a la comida

- Que no haya suficiente verdura y fruta al alcance y disponible.
- Tener el hábito de consumir muchas colaciones altas en grasa, demasiadas bebidas con alto contenido de azúcar y botanas.
- No destinar dinero suficiente en el hogar para comprar frutas y verduras, pero sí para comida chatarra.
- Que no se ofrezca agua simple potable.
- No comer juntos, en familia.
- Saltarse alguna comida (por lo general el desayuno) o no respetar las porciones, incluyendo una menor para los niños.
- Querer consentir emocionalmente desde el plato. Existe la tradición cultural de ver la comida como fuente de placer asociado con grandes porciones de un alto valor calórico. Su contraparte es pensar que la alimentación saludable sabe mal o sólo se les prescribe a los enfermos.

Hay ciertas indicaciones básicas que nos pueden ayudar a mejorar nuestra alimentación:

- Reducir el consumo de alcohol; bebidas azucaradas; alimentos ultraprocesados, altos en grasa, azúcar y sal; carne roja y embutidos.
- Incrementar el consumo de verduras, frutas (completas, con piel) y leguminosas (frijoles, lentejas, chícharos).
- Mantener un alto consumo de pescados, aceite de oliva, nueces y productos lácteos

bajos en grasa.

- Evitar el sedentarismo, es decir, reducir el tiempo que pasas sentado e incrementar la actividad física.

Factores relativos a la actividad física

- El hogar se localiza en una zona donde existen pocos espacios gratuitos para hacer ejercicio al aire libre, sin bebederos gratuitos de agua simple potable próximos, con pocos equipos deportivos. O no estás dispuesto a buscar otro para apoyar la actividad física.
- No se invierte dinero en deporte y recreación, sino que se gasta en entretenimientos de tipo sedentario.
- En casa no hay reglas claras y firmes sobre el uso de la televisión o los juegos de computadora.
- La familia no apoya el llamado transporte activo, como caminar, usar bicicleta, patineta y patines. Esto podría mejorar con la costumbre de caminar largas distancias individualmente, en familia o con amigos, ya que es más fácil y seguro en grupo.

Factores relativos a la imagen corporal

- Comentarios incómodos o violentos que van desde la percepción errónea de que el sobrepeso es normal y en cualquier momento se puede revertir, hasta adultos que llevan muchos años y terminan por renunciar a un peso saludable, diciendo que no se pueden controlar y ya se acostumbrarán a vivir de esa manera.
- *Bullying* asociado con el sobrepeso, propio de algún miembro de la familia, amigo o persona cercana (una peligrosa señal de violencia familiar). Los comentarios peyorativos referentes al físico son conductas de riesgo para padecer trastornos de alimentación como la obesidad, pero también anorexia o bulimia nerviosa, y debemos estar alertas para no entrar en este callejón sin salida del desprecio, la discriminación y la violencia.

Hoy existen las bases de todo tipo para que nosotros podamos lanzar una cultura del estar bien en el hogar, un bienestar que es fácil de entender, posible de aplicar, divertido y genera red social viva. Nos protege de muchos momentos difíciles, de trastornos emocionales, del sobrepeso y la obesidad, desde antes de que sucedan.

Escuela

El ambiente escolar y el familiar comparten el mismo efecto y magnitud en la educación de nuestros hijos, y destaca la baja actitud de defensa al dar por hecho que la escuela va a promover exclusivamente nuestro crecimiento y desarrollo. Necesitamos estar involucrados en lo que pasa o se propone dentro de la escuela, ya sea como alumnos, hermanos, padres, abuelos o familiares, y tener un sentido crítico y participativo, no uno de aceptación *a priori*.

La escuela representa una gran oportunidad de desarrollo en el mundo actual, nos permite contar con un entorno previo a salir y luchar en el campo laboral como adolescentes o adultos. Podemos adquirir buenos hábitos de aprendizaje, estudio y metodología para solucionar problemas de toda índole y trabajar bien en equipo.

Obtener conocimiento, diplomas y una red de amigos estudiantes no tiene par, es lo mejor de esta época de descubrimiento del amplio mundo en que posteriormente nos vamos a mover. No existe mejor opción de desarrollo que asistir a la escuela lo antes posible, desde preescolar, pasando por los distintos niveles, hasta la titulación (diplomas técnicos y universitarios) para después insertarnos y desarrollarnos personal y socialmente en nuestra comunidad y país.

Pero no podemos pasar por alto que este excelente sitio de conocimiento, promotor de hábitos, también puede estar en peligro si ha asimilado el modelo de consumo en los temas de la alimentación desordenada. Los factores principales a identificar en el entorno escolar como riesgo de un ambiente obesogénico son:³²

Factores relativos a la comida

- Cuando las prácticas locales no apoyan la alimentación saludable (alto contenido de grasa, poca fruta y verdura, comidas rápidas, conductas restrictivas).
- Ausencia de bebederos para que los alumnos y los maestros puedan tener acceso gratuito a agua simple potable.

Factores relativos a la actividad física

- Profesores poco activos y planes limitados de actividad física con los alumnos.
- No apoyar el transporte activo ni la actividad informal.

- No equilibrar las actividades intelectuales, sedentarias, con recreo, juegos y deportes.
- No contar con espacios adecuados para el ejercicio (patios y canchas) y carecer de equipo deportivo.

Factores relativos a la imagen corporal

- La escuela debe ser activa en todos los sentidos respecto al sobrepeso y la obesidad —de manera respetuosa, pero firme—, e informar que los problemas de peso pueden dar como resultado diferentes trastornos de la alimentación.
- Debe ser un entorno donde se pueda pedir ayuda respecto a cualquier situación física o emocional inadecuada.
- El apoyo y manejo saludable de los aspectos emocionales serán fundamentales en este espacio.
- Evitar el *bullying* y la violencia frecuentemente asociada con el cuerpo.

Trabajo

El entorno laboral es muy importante, ya que es donde pasamos el mayor tiempo de vida como adultos. El ambiente obesogénico de este espacio físico comienza desde el tiempo que te toma llegar, si tienes dónde ir a comer cerca, con un menú saludable y barato, si está permitido llevar tu propia comida saludable, si hay bebederos y lactarios, etcétera. Asimismo, el trabajo suele ser en un espacio promotor del sedentarismo, de conductas de riesgo o incluso de maltrato, hasta por el tipo de vestimenta (por ejemplo, el uso obligatorio de falda y tacones para las mujeres, lo que les dificulta caminar y les deforma los pies).

En el ambiente laboral muchas veces no existe *la posibilidad de escoger* ni de *tener opciones para elegir* la mejor. Cada vez que nos encontremos en una situación sin estas dos premisas, estaremos en peligro porque no tendremos salida de emergencia a los acontecimientos. Por tal motivo, es importante buscar opciones que nos permitan crecer y avanzar en el escalafón; recibir mejores sueldos y beneficios sociales, como seguridad social para tener acceso a los servicios de salud; superiores de quienes puedas aprender, y un ambiente de confianza y respeto con todos, donde no se presenten situaciones de estrés personal ni acoso. Los factores de riesgo principales del ambiente obesogénico laboral son:³³

Factores relativos a la comida

- Saltar el desayuno.
- Sólo puedes alimentarte en cooperativas, cafeterías o restaurantes sin opciones saludables de comida y donde no se ofrece agua simple potable de forma gratuita.
- Hay máquinas dispensadoras que sólo contienen bebidas azucaradas y comida con un alto contenido calórico.
- No existen bebederos de agua simple potable accesibles para todos. (En ese caso, hay que solicitarlo inmediatamente al departamento de personal o al sindicato.)

Factores relativos a la actividad física

- Los jefes o dueños no apoyan la actividad física. Hay poca cultura del deporte y la recreación que involucre a los empleados y asocie a la comunidad, a sus familias y

amigos.

- Reglas internas que limitan la actividad física en las instalaciones laborales.
- Asociar el sedentarismo con ser buen empleado o eficiente por permanecer horas en el mismo lugar.

Factores relativos a la imagen corporal

- Atención a todo tipo de *bullying* por sobrepeso o trastornos de la conducta alimentaria. Se pueden hacer competencias saludables y asociar a todo un departamento en competencia con otro.

Lugares de recreo

Entre los principales espacios recreativos que visitan los mexicanos en las ciudades se encuentran los centros comerciales, los parques y los espacios deportivos. En cuanto a los primeros, están diseñados, como su nombre lo indica, para vender, para propiciar el consumo. Actualmente su oferta cubre toda una lista de necesidades, generando amplios espacios que nos atrapan con la falsa idea de “encontrar todo”. Algunos ya incluyen un supermercado también, que de igual manera integran panadería, farmacia, vinos y licores. Necesitamos comprender la función comercial de estos lugares de esparcimiento y aprender a divertirnos sin pagar tan caro el gusto, dejar de ser actores pasivos e influenciados por el consumo. Las sociedades mexicana y latinoamericana han crecido y se han especializado en la mejora de sus estrategias mercadológicas, que ahora están dirigidas a todas las edades, para vender más y constantemente.

Pero un gasto excesivo no es el único problema: hay comida por todas partes. No es exclusivo de la sección destinada a ello, plagada de cadenas de comida rápida: hay islas con alimentos de todo tipo y en todas las presentaciones posibles, incluyendo en las cajas de muchas de las tiendas —ya no digamos en el supermercado—. Vemos estantes repletos de golosinas a la vista de los niños, lo cual también debería regularse legalmente para evitar que los menores sean objeto del bombardeo publicitario de bajo aporte nutricional.³⁴

El centro comercial se asocia inmediatamente con la recreación: incluye juegos infantiles en el mejor de los casos, pero en su mayoría se trata de juegos electrónicos; lugares de apuestas, salas de cine o de algún espectáculo cuya dinámica sea permanecer sentados, sin olvidar la oferta de comida extremadamente costosa en todos sentidos y con una gran variedad de dulces y refrescos. Pero son espacios cerrados donde se puede caminar muy poco, y además atestados de gente.

Los parques, por otro lado, refieren desde su origen un espacio abierto con árboles y flores, pero se han vuelto también un espacio de consumo y compraventa de entretenimiento. Nos encontramos hoy con diferentes modalidades: parque lineal, parque acuático, parque de atracciones, parque temático, parque tecnológico, parque zoológico, parque nacional y todo lo que se pueda vender como atracción. Afortunadamente aún existen muchos parques naturales que así permanecen. Sin embargo, ante la competencia de los que ofrecen otros servicios, muchas veces les parecen insulsos a los niños y jóvenes, acostumbrados al bombardeo comercial; algunos creen que solamente caminar, correr, andar en bicicleta o jugar con una pelota en todas sus modalidades puede ser aburrido. Necesitamos disfrutar lo que se nos ofrece, estando alerta de los momentos o

espacios obesogénicos que vamos a encontrar mientras estemos en estos lugares.

Lo mismo sucede en estadios, espacios para conciertos y festivales, donde el consumismo siempre prevalecerá por encima de las conductas saludables. Aun así, podemos aprender a disfrutar de los espectáculos y tener buenos hábitos. El secreto está en el equilibrio, en lo que nos hace estar bien y vivir en bienestar.

La era digital

El Foro Económico Mundial (FEM), también conocido como Foro de Davos por su ciudad sede en Suiza, es una fundación sin fines de lucro que trabaja desde 1971 en proyectos de interés social, público y privado, que invita a los principales líderes globales para abarcar todos los temas, regiones y enfoques.³⁵ El Foro ha destinado a todo un grupo de expertos para que exploren y discutan los efectos y las aportaciones de la cuarta revolución industrial,³⁶ la cual representa un cambio fundamental en la forma en que vivimos, trabajamos y nos relacionamos hoy en día. Se trata de un nuevo capítulo en el desarrollo humano, habilitado por avances tecnológicos que fusionan los mundos físico, digital y biológico en formas que crean promesas y avances, a la vez que peligros. Sin una lectura crítica de todos estos cambios, estaríamos arriba de una nave espacial con manuales para pilotar un avión de hélices del siglo XX.

Necesitamos estar muy alertas y pendientes de su vertiginoso ritmo para poder pararlo (apagar el celular, no ver pantallas a todas horas, leer libros en papel, bailar, caminar) y tener un control claro de la influencia que llega hasta nuestros hijos, niños y adolescentes, y acompañarlos en su exploración y descubrimiento. Sobre todo, debemos promover canales, portales y plataformas sustentados en evidencia científica, identificar las noticias falsas o tendenciosas, y que esto se convierta en el modelo de informarse, conocer y descubrir el mundo del siglo XXI.

No sólo somos individuos dentro de una sociedad de consumo, todos nos hemos convertido en lo que Howard Gardner describió como *generación APP*,³⁷ sin importar edad, género, cultura, nivel educativo y económico. Las tecnologías digitales, dada la velocidad de la información, han reconfigurado significativamente tres dimensiones básicas: *a)* la identidad, *b)* la intimidad y *c)* la imaginación de todas las personas. La constitución de la *identidad* pasa continuamente por la *intimidad* y la *imaginación*, ambas fortaleciendo el predominio de las redes sociales, pues se han convertido en la plataforma principal de la identidad.

La velocidad, la amplitud y la profundidad de esta revolución nos obligan a detenernos primero, a reconsiderar cómo deberían desarrollarse las personas, las familias, los grupos, la sociedad, los países, cómo las organizaciones crean valor e incluso qué significa ser humano, en lugar de convertirnos ahora en *Homo sapiens APP*, en una aplicación más de la sociedad de consumo, del ambiente obesogénico. Debemos ser potencias, tomar los avances como una oportunidad para ayudarnos todos y aprovechar las tecnologías para crear un futuro inclusivo y centrado en la persona.

La sociedad de consumo actual se detiene, recarga, moviliza y manipula a las masas,

tanto a los nativos digitales como a los inmigrantes digitales (los nacidos antes del internet), como nos definió atinadamente Marc Prensky en 2001.³⁸ Nos señala Gardner que la nueva generación está marcada por una idea de “felicidad” como un estado permanente y total que plantea una creencia ideal e imaginaria de que es posible tener emociones positivas todo el tiempo, evitar los problemas, las dificultades, los conflictos, las situaciones desagradables, incluso el fracaso.³⁹ Y en internet tenemos un libre acceso a estos instantes ilusorios de lo eternamente ideal, bello, único, generando un efecto peligroso: la idea de un “mundo APP” que nos ofrece tenerlo todo a partir del deseo sin siquiera mover un dedo.

Las redes sociales digitales generan una presión inmensa y permanente a partir de las imágenes: la perfección humana, animal, vegetal y planetaria. Toda persona se presenta como impecable, deseable y exitosa, garantizando en cada publicación este tipo de identidad. Se vuelve un personaje desde edades muy tempranas y demasiado precoces, lo que puede llevar a crear situaciones inexistentes o de riesgo con tal de complacer a la opinión pública. Ya lo dijo Andy Warhol alguna vez: “En el futuro todo el mundo será famoso durante cinco minutos”.⁴⁰

Las redes sociales digitales además exploran y explotan de manera permanente y constante la comunicación escrita, limitan la lectura y la escritura en el sentido extenso, como proceso intelectual, emocional, cultural y de relación, sin que aporte al crecimiento y desarrollo. La obligación de mostrarnos en plenitud nos lleva a exagerar, modelar, mentir o falsear la comunicación. Sin olvidar el riesgo que corren los menores de caer en redes de trata —algo desafortunadamente frecuente—, por lo que debemos alertarlos.

Las redes también son una plataforma para comentarios irrespetuosos, ya que la persona no se enfrenta finalmente a sus actos, oculta tras un alias. Todos circulamos por estas carreteras de riesgo y necesitamos estar alertas; aun como adultos, nuestra imaginación también se ve impactada por la era de las aplicaciones. Es cuestión de prepararnos para la vida en todos sentidos: físico, emocional, espiritual, familiar y también digital, conscientes de que lo virtual existe en nuestra mente y genera una fascinación que debemos tratar con mucho cuidado, pues fácilmente perdemos el control y caemos en la dependencia.

Es cierto que somos una especie de mamíferos extremadamente curiosa y que nos caracterizamos por el gusto y la pasión por las nuevas experiencias, sin embargo, estamos mucho menos interesados en las nuevas conductas que se alejan de lo placentero a corto plazo. Esto debe cambiar. Durante los primeros mil días de vida y hasta la adolescencia, las costumbres se adquieren con facilidad; después es muy difícil modificarlas. Lo explicó el psicólogo William James desde finales del siglo XIX: “Si los jóvenes fueran conscientes de lo rápido que se convertirán en meros cúmulos de costumbres, prestarían más atención a sus conductas durante la etapa plástica. Deciden

su destino, para bien o para mal, y jamás podrán cambiarlo”.⁴¹

Pantallas: vigilar su exposición

La omnipresente y muy callada emocionalmente era digital se expone a través de sus fascinantes pantallas, las cuales hipnotizan e incluso atontan, y nos permiten entrar a escenarios mucho mejores que la realidad y de una definición superior a la que registra el ojo humano. Es parte de su impacto y encanto, así como de su peligro, ya que la adicción no tarda en surgir, principalmente en los niños y adolescentes.

Nuestra exposición a las pantallas de todo tipo (PC, laptop, celular, tableta, televisión, etcétera) es otra de las conductas que, de acuerdo con su frecuencia e intensidad, puede ser benéfica o nefasta. Hoy en día, los pequeños las consideran parte de su universo, de su entorno, y su influencia puede tener consecuencias en su desarrollo neurológico, emocional y social al interferir en su interés por las relaciones humanas. Las redes sociales *digitales* —como deberíamos aclarar todo el tiempo— no implican un contacto real, físico y emocional, con todas sus riquezas. No son tangibles. De ahí que fácilmente veamos muestras de maltrato o agresión a través de las pantallas, creyendo que nos “protegen”, mientras que nos alejan de la sociedad real.

Otro de los grandes peligros es estar en contacto las 24 horas con imágenes sociales creadas y manipuladas precisamente para el consumo. Desde el inicio de la era digital, la publicidad se sirvió de la manipulación de las imágenes para resaltar ciertas partes del cuerpo: en las mujeres, piernas muy largas, cinturas extremadamente pequeñas, cuello estilizado, piel tersa y perfecta, ojos de formas y colores inexistentes, y en los hombres, cuerpos delgados con músculos marcados, sin vello, sin imperfecciones, todo encaminado a crear una figura con apariencia ideal, pero que no existe en la naturaleza humana, directamente asociada con la venta de todo tipo de productos de belleza o ropa de moda. Esto tiene graves efectos en niños y adolescentes por el hecho de estar ante figuras irreales que entorpecen la ya difícil aceptación de su imagen corporal, en especial para la población femenina, que es la más agredida en este sentido.⁴²

Por tal motivo, en 2017 Francia legisló que, cuando se modifique la imagen de algún modelo, sea hombre o mujer, debe haber un pie de foto indicando que es una imagen manipulada. Esto evitará confundir a los consumidores, haciéndoles creer que es una imagen real. No más publicidad falsa que incentive el consumo.⁴³

Nosotros en México no tenemos ese tipo de cuidados de parte del Estado, así que nos toca a nosotros hacerlo de manera cotidiana. Debemos limitar el uso de pantallas, sobre todo para niños y adolescentes; recordemos que adquirimos la madurez neurológica hasta los 24 años de edad. Particularmente, no debemos usarlas durante las comidas, ya

que pueden entorpecer el registro de hambre y saciedad, y ya no digamos manejando o durante las clases.

Los médicos y otros profesionales de la salud deben asesorar a los padres y cuidadores de niños pequeños sobre el uso adecuado del tiempo ante pantallas. Podemos iniciar con las siguientes recomendaciones para promover la salud y el desarrollo en un mundo digital:

Minimizar el tiempo de uso

- No se recomienda el uso de pantallas para niños menores de dos años. No hay pruebas que respalden la introducción de la tecnología a una edad temprana.
- Para niños entre dos y cinco años, limitar el tiempo de pantalla a menos de una hora por día, sin que sea rutinario.
- Tener horarios diarios “sin pantalla”, especialmente durante las comidas.
- Evitar las pantallas al menos una hora antes de acostarse, dado el potencial de los efectos supresores de la melatonina.

Minimizar el riesgo asociado con el tiempo de pantalla

- Siempre que sea posible, el adulto debe estar presente y participar cuando el menor use las pantallas.
- Estar al tanto del contenido al que tiene acceso y priorizar la programación educativa adecuada para su edad. Existe un buscador seguro, específico para niños y adolescentes, llamado Kiddle, basado en Google, el cual selecciona sus búsquedas y les ayuda a filtrar la información de acuerdo con su capacidad de entendimiento y desarrollo emocional, limitando todo tipo de información reservada para adultos.
- Utilizar estrategias de crianza que enseñen autorregulación, calma y el establecimiento de límites.

Como familia, también necesitamos limitar el uso de pantallas

- Realizar una autoevaluación de los hábitos actuales y desarrollar un plan familiar para saber cuándo, cómo y dónde se pueden usar las pantallas.
- Ayudar a los niños a reconocer y cuestionar los mensajes publicitarios, los estereotipos y otros contenidos problemáticos.
- Promover alternativas saludables, como lectura, juegos al aire libre y actividades

creativas y prácticas.

- Apagar todos los dispositivos de casa posibles cuando pasen tiempo en familia.
- Apagar las pantallas cuando no estén en uso y evitar tener la televisión prendida como ruido de fondo.

Responde este cuestionario como herramienta para determinar el predominio de las pantallas en tu ambiente familiar:

1. ¿Qué tipo de pantallas hay en tu hogar? ¿Cuál usa tu hijo?
2. ¿Ver televisión o programas en otros dispositivos es una actividad familiar compartida y una forma común de relajarse? ¿Con qué frecuencia hay una pantalla encendida en tu espacio, aunque nadie esté mirándola realmente?
3. ¿Alguien de la familia usa pantallas en las comidas?
4. ¿Qué ves con tu hijo? ¿Qué ve tu hijo estando solo?
5. ¿Ves programación para adultos o comercial con tu hijo?
6. ¿Hay actividades que involucren pantallas en la escuela de tu hijo? ¿Sabes cuánto tiempo las utiliza?
7. ¿Tu hijo usa algún tipo de pantalla antes de acostarse? ¿Cuánto tiempo antes de acostarse? ¿Hay algún televisor, computadora o dispositivo móvil en su habitación?
8. ¿En tu familia hay reglas respecto al uso de pantallas que todos comprendan y compartan?



Capítulo 3

Las conductas obesogénicas

Los principales actores en el teatro de la obesidad

Tenemos tres grandes actores históricos: *cuerpo, figura y peso corporal*. Vienen de lejos en el imaginario humano y hoy incluso constituyen a la sociedad del consumo. Sin ellos no podemos comprender, anticiparnos ni defendernos de la obesidad como epidemia. Ahora ya conocemos el espacio que empuja al consumo, el cual, sin una actitud crítica y alerta, se interna en nuestros entornos íntimos (hogar, escuela, trabajo) y los convierte en ambientes obesogénicos. Una vez ahí, tarde o temprano comenzarán a aparecer los kilos de más, el sobrepeso y la obesidad. Silenciosa y brutalmente, el ambiente obesogénico penetra como la humedad a nuestra vida y puede llegar a comandarla por completo.

Para evitarlo, ahora es momento de pasar a otro entorno importante: nosotros mismos. Cada uno debe tomar conciencia de sí, ser un actor, observador, pero a la vez un personaje activo de su propia vida y de la de todos a su alrededor. Somos ciudadanos activos dentro de una sociedad con grandes avances en ciencia y conocimiento que nos permite saber a detalle qué nos inclina hacia un lado (salud y bienestar) u otro (enfermedad y trastorno). Tenemos la posibilidad de contar con los mismos conocimientos de Bill Gates, el príncipe Carlos o el expresidente Barak Obama, con lo que podemos beneficiarnos personalmente y ayudar a otros, pues pasamos de la primitiva sociedad de la información a la avanzada y vanguardista sociedad del conocimiento.

Hoy podemos saber que, ante la poca conciencia del ambiente obesogénico, debemos conocer a detalle nuestras conductas, en particular las que lo refuerzan o perpetúan, para evitar quedar presos del impulso llano. Es una gran oportunidad y un gran riesgo. Recordemos que toda conducta es saludable o de riesgo, dependiendo su intensidad y frecuencia. Por ejemplo, correr, entrenar y competir en medios maratones suena positivo, pero si te empiezan a doler las articulaciones después de una competencia y decides seguir corriendo, cambias de una conducta saludable a otra de riesgo. Esto aplica en todo. Es más, una conducta puede ser saludable a los 20 años, pero ya no a los 50. Las únicas dos excepciones son la violencia y las drogas, ambas destructivas desde el primer momento y a cualquier edad.

Nuestra educación emocional y la de nuestra familia, saber escuchar sus

preocupaciones y poder expresarlas, nos capacita para dejar de preocuparnos por factores externos y actuar como ese *Homo sapiens fame*. Si consigo expresar mi preocupación, mi interés o mi molestia, desde la más pequeña, ya sea que me incomode un calcetín, hasta las ganas de detenerme y mirar el cielo, descubrir qué bonita está la luna, nuestro sistema de registro se ilumina. Cada una de nuestras expresiones personales lo activan y dan paso a la espontaneidad. Incluyen la comunicación verbal y no verbal, por supuesto, extendiendo el vínculo con uno mismo y sentando las bases para el intercambio de pareja, familiar y social. Cuando nuestra conducta es una expresión sana de nosotros, activamos las redes neuronales y nuestras emociones, nos encendemos.

Los registros emocionales son importantes desde el nacimiento, son un factor promotor del desarrollo del bebé, e incluso protector de trastornos mentales tanto en la madre como en el infante. Los avances tecnológicos de que disponemos hoy acortan distancias y promueven cierto acercamiento, sin embargo, no logran recortar el silencioso espacio íntimo de las relaciones personales y familiares. Las innumerables plataformas que facilitan el acceso a la información y a las personas no necesariamente han mejorado la calidad de la comunicación ni la reflexión sobre nuestra vida, nuestra relación con ella y con nosotros mismos.

Debemos comprender que los medios digitales nada más incrementan y aceleran la transmisión de la información, en cualquier formato, bajo la lógica de las llamadas sociedades posmodernas, caracterizadas por la pérdida del sentido colectivo. Esto influye también en las formas de gobierno y los que deberían ser sus componentes principales: la justicia, la seguridad social, la salud, el trabajo y la educación. Todos estos conceptos han perdido vigencia al dejar de ocuparse de la persona, al quitarla de su núcleo de acción, propiciando el incremento natural de un individualismo visual exacerbado. La persona buscará cuidarse y protegerse, en tanto que el Estado y sus instituciones no lo hacen, pero la fragilidad del sistema social resaltará todavía más el estancamiento de la cualidad humana, la discriminación de la que es objeto el individuo, en particular las mujeres y los adolescentes.

Los principales aspectos sociales en que se manifiesta son el consumo, la moda y el cambio en el concepto de felicidad. El fenómeno de la moda, como señala Gilles Lipovetsky, va mucho más allá de la forma de vestir y de las tendencias, y es más que una modalidad de diferenciación clasista: es la suma de los procesos del individualismo, lo que ha llamado “la época del vacío”.¹ La moda es un proceso cultural centrado en la producción y el consumo, y ha promovido muchos de los cambios ideológicos y sociales actuales, como apoyar que el cuerpo y la figura asuman un lugar inmenso dentro de la concepción social y personal.

Ante la renuncia de los cánones tradicionales, quisimos adoptar un estilo *cool*, siempre tranquilos, pasivos, resistiendo comentarios y situaciones, pero sin registrar

realmente lo vivido o aparentando no hacerlo. Esto nos alejó de la intensidad que define a la realidad, sea positiva o negativa. Contrariamente a lo que esperábamos, nos puso en peligro por no determinar la proximidad de las figuras y situaciones tensas y molestas, o agradables y excitantes. Este estilo que pareciera resistir a todo, en realidad no aguanta nada y no está atento a los focos de alerta ni de tensión, como la violencia y los trastornos de la conducta alimentaria.

Nuestra sociedad se caracteriza ahora por su tolerancia desmedida, por su hedonismo, lo que da paso a un neoindividualismo narcisista, como lo llama Lipovetsky.² La imagen adquiere una fuerza desmedida ante la posibilidad de que sea un reflejo de lo que yo quisiera de mí mismo. Las redes sociales aportan la omnipresencia de estas manifestaciones en el escenario posmoderno.

Se trata de hipermodernidad, de hiperindividualismo. Ahora es un momento histórico en que el mercado impone su ley, marca el ritmo social y cultural, así como nuestra forma de entender al mundo y comunicarnos con él, lo que solamente puede darse a través de las nuevas tecnologías que han quitado fuerza a la palabra, a la lectura y al discurso narrativo, alejándonos de la reflexión humana global.

Con eso de que la imagen es más poderosa que la palabra, desafortunadamente nuestra apariencia y envoltura quedan a la venta y se vuelven parte del mercado. Este entorno nos ofrece todo lo imaginable, hasta la eterna juventud. Nos atrae con los grandes anhelos de la adolescencia: belleza y fortaleza, presentes desde las grandes culturas clásicas, como la griega y la romana. Por supuesto que vamos a crear su gran máxima de consumo: “Como me veo, me siento”, la peligrosa perspectiva del modelo de vida social y personal del siglo XXI, en la que nos enredamos y atoramos todos, pero principalmente los adolescentes, las mujeres y quienes padecen anorexia, bulimia y obesidad, dada su extrema curiosidad y sensibilidad social. Así, se aleja del equilibrio real en “como me siento, me veo”, el cual se inclina hacia el bienestar humano.

Nadie está a salvo. Todos queremos ser fuertes y bellos; es más, existe un grupo de la población, conformado principalmente por hombres, que argumenta la necesidad de ser musculoso, pesado, fuerte y hasta gordo para poder defenderse y demostrar así su fuerza física. Pero la realidad es que se trata de una minoría. La terrible crítica a la figura humana por el sobrepeso y la obesidad es generalizada, y es un factor desestabilizador desde la primera infancia, entorpeciendo nuestro devenir cotidiano porque esconde montos inmensos de violencia.

Las personas buscan reiteradamente conseguir ese mejor ángulo que los vuelva una verdadera estrella, admirada, querida, deseada, pero sobre todo “aceptada para siempre”, aunque sea por un instante. Ese catálogo de fotografías para las plataformas digitales que se van construyendo como un mausoleo de sus ideales necesita seguidores, ésa es la premisa principal, y no importa que no los conozcan. Es un problema potencial de

seguridad porque en sus publicaciones pueden dar razón de su residencia, de su familia, de sus amigos, pero también porque no consideran el peligro de dejar entrar desconocidos a su espacio íntimo, y todo por la necesidad de sentir una aceptación social que no siempre viene.

Lo inquietante es el escenario que intenta habitar esa carencia. Así como tenemos un acceso constante a la imagen de lo fuerte y lo bello, también lo tenemos a la comida. El ideal puede generar anhelo, pero casi inmediatamente provoca angustia, y entonces el camino hacia la comida es directo: fácilmente confundimos esa tensión con la sensación de hambre. Comer se vuelve una compensación por el vacío, por la vaga frustración emocional.

Al creer en la imagen, quedamos bajo el control de la sociedad de consumo que diseña y coordina dichas redes, como lo vemos cotidianamente cuando buscamos cualquier producto en internet y poco después recibimos decenas de correos o anuncios con ofertas del mismo artículo. Todo es resultado de los algoritmos con georreferencia que nos identifican y automáticamente sugieren opciones comerciales para nuestras búsquedas, reforzando las preferencias comerciales e incitándonos a probar otras nuevas.

Dentro de la dinámica comercial de nuestra época sucede también el fenómeno del lujo como parte del hiperconsumo. Su presencia en el imaginario colectivo es ahora omnipresente gracias a las redes sociales. Todos podemos soñar con productos de lujo, alimentando un anhelo y una frustración permanente. El multimillonario negocio de los cosméticos, por ejemplo, busca precisamente eso, impactar en nuestra imagen exterior para definir el interior, nuestros sentimientos.

La cultura comercial ha erosionado nuestras especificidades humanas. La economía se ha vuelto tan relevante que el dinero parece ser el único objetivo social más allá de su valor real, polarizando los grupos sociales. Vivimos una la cultura de lo instantáneo, no de la constancia ni de los hábitos, en la que todo se anuda mejor dentro de la dimensión comercial, pero se enreda en la personal y familiar. Es esencial comprender los niveles complementarios de nuestra sociedad actual y tener una actitud crítica y reflexiva que nos permita elegir y no correr riesgos.

Hoy en día pesa más la manera en que decimos las cosas que lo que expresamos en sí. Además, tenemos meros minutos para decirlo todo o callar para siempre. Es el estilo posmoderno de transmitir lo elemental. Da la impresión de que podría transformar también una parte de la realidad y el futuro del ser humano, alejándolo todavía más de la reflexión. Hay una clara influencia en la calidad de nuestra relación con los demás y con nosotros mismos. Alejados gravemente del contacto humano real, táctil, a veces hablamos de más; no aprendemos a medirnos, olvidando el importante registro de “cómo me siento”, ya que éste implica igualmente registrar cómo se siente el otro. Debemos ser críticos, mas no criticones, y ante todo respetuosos.

La apariencia física, particularmente el cuerpo, se ha vuelto el blanco principal de esta clase de comentarios. En la actualidad se le ve como objeto de consumo, anhelo y esperanza. Lo vemos en trastornos emocionales como los de anorexia, bulimia y obesidad, situaciones en que la preocupación se convierte en trastorno y la respuesta básica a la problemática —señalarla— simplemente la complica más. Hace años todavía se podía expresar el malestar físico y emocional, conocido o desconocido, en busca de consuelo. Se promovía el contacto y el intercambio basado en la empatía. En este nuevo siglo, irónicamente, parece que la expresión del malestar se ha ido complicando. Existen todas estas redes sociales al alcance, pero nadie dice realmente cómo se siente, qué necesita, quién es. El “estar” se impone al “ser”; un gran dilema.

Gilda Gómez Pérez-Mitré, pionera en la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria en México, trabajó con adolescentes de 10 y 11 años sobre la preocupación por su cuerpo y su forma de exteriorizarla, por lo general asociada con el calificativo gordo o gorda en sentido negativo.³ Utilizar este tipo de palabras como crítica destructiva entorpece la posibilidad de diálogo. Cuando en el imaginario colectivo el tema de la gordura toma el camino de lo desagradable y feo, se convierte en una figura emblemática negativa para todos los grupos sociales. Todavía en el siglo XX, el calificativo *gordo* se utilizaba de cariño, para mostrar cercanía, pero terminó por ser un insulto, lejos de representar una alerta para mejorar y buscar el bienestar. Al calificar despectivamente a otros, entramos directamente en el campo de la violencia; se rompen las bondades del impacto positivo de nuestra conducta.

Esa gran presión social se alimenta con el ideal de delgadez, no de bienestar, de estar bien, de ser saludable, sino de la imagen, del exterior. Esto nos deja a todos, y en especial a las mujeres, en un rango fuera de la norma, muy bajo en peso o composición corporal. La delgadez se ha trastocado al grado de ser modelo de éxito social y ha alcanzado niveles excedidos, como lo vemos en las tallas. A principios de la década de 1940, el gobierno de Estados Unidos comisionó un proyecto para determinar 59 medidas entre 15 000 mujeres y definió un sistema universal de tallas que empezó a utilizarse en 1958.⁴ Sin embargo, para 1983 ya no servían, pues los estadounidenses habían aumentado de talla, altura y peso (sin mencionar que sólo habían tomado medidas de mujeres caucásicas y las afroamericanas eran más corpulentas). La industria terminó cambiando las medidas de las prendas sin modificar las tallas para no alertar a los consumidores y generar inseguridad. Años después aparece otra moda comercial, la europea,

con tallas de números mucho menores. Aparecen el cero y el doble cero, lo que da rienda suelta al anhelo global de la delgadez extrema, así como la frustración total cuando no se tiene esta característica.

Una de las primeras cosas que me impulsaron a cambiar, además de la profunda tristeza y el vacío que sentía, fue darme cuenta de que ese ideal de delgadez que tanto “valora” la sociedad, que tanto venden los medios, no era realmente lo que buscaba. Viéndolo a la distancia, yo no buscaba “ser flaca”, buscaba estar bien. Ese ideal de figura imposible venía acompañado en mi imaginación de felicidad completa y permanente, de aceptación, de paz y de cariño. Nada más lejos de la realidad. Ese “ideal” de delgadez de entonces me llevó a un trastorno de la alimentación y jamás me dio lo prometido. Fui flaca, sí, pero no feliz. Fui flaca, pero con mi mismo cuerpo, con los mismos sentimientos y pensamientos de siempre, mis mismos problemas e insatisfacciones.

Empezar a cambiar, sin embargo, me dio, a la larga y gracias a mi esfuerzo (es necesario decirlo), más todavía de lo que yo esperaba obtener con aquella ilusión de delgadez. Me dio bienestar de manera estable y prolongada. Vale la pena intentarlo, empezar y aguantar, porque en algún momento llegan esa paz y ese gozo que todos buscamos.*

Sabemos que, cuando confluyen el ambiente y las conductas, se cierra un círculo obesogénico letal. En la actualidad ya se ha corroborado su existencia y hemos comprendido mejor sus características y evolución. Lo que no ha crecido a la par, sin embargo, es la alerta por la obesidad ni el conocimiento del ambiente y las conductas obesogénicas en nuestra sociedad. Justamente quiero que este libro te ayude a cubrir esa curiosidad por entender y la vuelva un espacio de oportunidad para comprenderte a ti mismo y a tu familia.

Lo que debes tener en mente primero es que el estrés —tan frecuente hoy en día— y la angustia tienden a recargarse en la conducta alimentaria. Nos costará más trabajo entendernos como personas si no deshacemos los nudos entre nuestras emociones, las cuales se enredan también con la conducta alimentaria y la obesogénica.

Las palabras que acusan y maltratan

En 2007, el equipo de Boyd Swinburn realizó una de las primeras investigaciones donde se hizo énfasis en las conductas de riesgo de la obesidad y en la forma de señalarlas, con la intención de alertar a pacientes, profesionales de la salud y público en general.⁵ La alerta es importante, pero necesitamos aprender a usar las palabras correctas.

Cuando se expresan palabras sin tacto o abiertamente explosivas, dirigidas a la crítica, a la burla o a la descalificación, generan maltrato y violencia en cualquier ser humano. Es importante considerar su magnitud e impacto, no sólo como canal de comunicación, sino como termómetro de la calidez, de la cercanía, de muchos procesos del alma, a veces inclinados a la compañía y a veces al vacío, a la luz de la seguridad interna o a la oscura intranquilidad de la vida.

En la vida pasamos por diversos momentos críticos (de los cuales hablaré en el mapa III) que contrastan con nuestra estabilidad previa. Se caracterizan precisamente por ser un cambio de vida que exige la movilización de todo el arsenal emocional interno y de nuestras conductas externas. Entre ellos destaca la *adolescencia* porque es la etapa en que comenzamos a comprendernos como personas.

Lo interesante y conmovedor de las relaciones adolescentes es que sacuden y cuestionan nuestras historias infantiles. Comienza irremediabilmente la rebelión contra todo tipo de patrones, principalmente de los padres, maestros e incluso de los abuelos. La adolescencia y su historia nos impactan, afectan y modifican, determinando nuestra vida adulta, nuestra forma de decir y entender las cosas. Lo curioso es que esta etapa tiende a culminar en la repetición, incluso de todo aquello que reprochamos o no aceptamos de nuestros padres y de nuestra época.

Pasamos por varias situaciones importantes, como la constitución de la relación hombre-mujer, cristalizada también durante la adolescencia, en sintonía con la relación entre varones y entre mujeres. Cada plano queda marcado por la experiencia infantil de la relación mujer/madre y enmarcada en las palabras del padre/hombre.

Es necesario que disminuya la descalificación y el maltrato implícito y explícito que reina dentro de la cultura predominante en la sociedad de consumo, la “masculina-machista”, donde el maltrato es frecuente y se normaliza, en particular contra la mujer. Existe un gran espacio de oportunidad que se refleja en una relación más justa de géneros, donde mejore el lugar de la mujer consigo misma, con su propio género y también con el hombre. Es injusto e hiriente para toda la sociedad que la mujer se vea obligada a callar, esperar, aguantar. De aquí parte también el interés por comprender la constitución de los escenarios mentales masculinos arcaicos que permanecen a pesar de

los siglos.

El hombre no tiende a explorar su mundo imaginario, emocional y afectivo. Se podría decir que se desconoce a sí mismo, apoyado por una sociedad injusta y permisiva en particular con él. Es importante alertar a los hombres y a las mujeres de la existencia de estos escenarios, pero sobre todo a las madres y a los padres que los perpetúan por medio de conductas derivadas de la educación “tradicional” y del evidente analfabetismo emocional reinante. Ambos géneros necesitan evolucionar de la mano o por lo menos moviendo los pies de manera conjunta.

La manera actual que tiene el hombre de relacionarse con la mujer propicia intensidades y matices que rigen nuestro modelo de comunicación personal, la forma como nos hablamos a nosotros mismos, tanto hombres como mujeres. La mayoría de los pacientes con algún trastorno alimentario que he visto en mi práctica comparten una característica mental: cómo se dirigen a sí mismos con desdén, con crítica, en vías de lograr un ideal de perfección en alguna o varias áreas, continuando el maltrato. Se hablan de una manera horrible cotidianamente, se descalifican, se tratan con amenazas, incluso con malas palabras, groserías, y sólo alimentan un estado de inseguridad, angustia, miedo e incluso terror permanente. Se justifican con la idea de exigirse para hacer las cosas bien y tener éxito, pero subyace la búsqueda de una figura corporal ideal, la exigencia de una perfección física e intelectual exagerada, inalcanzable, que les asegure la aceptación total y permanente de sus pares, su familia o su grupo social, incluyendo amigos y compañeros, y en especial de sus padres. En el caso de la mujer, la figura del padre es esencial y con frecuencia lejana emocionalmente por su seriedad, por la distancia que crea entre ellos la falta de empatía.

Sí, esta exigencia desmedida es una característica principalmente femenina. Luis Rojo Moreno señaló en un estudio reciente que la *insatisfacción corporal* se presenta más en las mujeres que en los varones, dada una cierta vulnerabilidad emocional.⁶ Pensamos que este disparo del malestar emocional y su desplazamiento hacia el cuerpo se da en la adolescencia, pero nadie se toma el tiempo para hablarlo y llamar la atención al respecto.

Ya que no existe esta comunicación, las palabras internas, nuestras palabras, son las que nos pueden dar una pista sobre cómo se encuentra organizada nuestra mente, cómo nos acompaña —o no— y cómo reacciona —en nuestro beneficio o no. Es vital poner atención a nuestros pensamientos y descubrir cómo hablamos con nosotros mismos dentro del concierto de imágenes y sonidos de la posmodernidad.

Escucha tus propias palabras y desarrolla una actitud crítica hacia ellas, identifica cómo tomas las cosas, ya sea con gusto, amor, tristeza, enojo, frustración, anhelo, etcétera. Hablar es una función permanente en todo ser humano. Pregunta a las personas cercanas a ti qué palabras utilizan cuando se refieren a sí mismas, pues también se ha

visto que nuestra manera de hablarnos sigue el modelo del entorno, sobre todo el familiar. Esto es frecuente, pero no es normal, aun en casos de maltrato. Pero cuidado, confundir el maltrato con exigencia de éxito es grave, y uno no implica necesariamente el otro.

Compartir nuestros discursos ayuda a alertar y, en su caso, alarmar para que estas palabras no queden petrificadas en nuestro interior como mandatos. Si el modelo es negativo, dejemos de repetir la misma historia familiar de intolerancia y crítica *ad infinitum*. Nos vuelve vulnerables. Hablar y compartir lo que nos pasa es importante, pero también lo que pensamos, nuestros miedos, ideas o, incluso lo más difícil de compartir, las palabras o los actos que implican violencia. Sin importar la pena o vergüenza de haberlo vivido —y más porque suele involucrar a un ser querido, alguien cercano—, debemos soltar la reticencia a compartir, a minimizar. Si nos abrimos, evitaremos quedarnos paralizados, imposibilitados para el desarrollo.

Jean-Paul Sartre escribe magistralmente cómo las palabras nos van nutriendo y convirtiendo en quienes somos,⁷ pero igualmente estos signos pueden llevarnos hacia otra dirección cuando están cargados de tensión, inquietud o violencia. Pueden llegar a indigestarnos, a convertirse en verdaderas piedras en el zapato. Las palabras pueden crear o dificultar el “ser”, quitarnos estabilidad y seguridad desde el interior, llegando incluso a oscurecer buena parte de nuestra vida.

Hoy sabemos que las críticas, los juicios de valor, los comentarios ácidos o sarcásticos no funcionan para ningún ser vivo. La violencia utilizada durante años por generaciones anteriores con el objeto de reforzar lo negativo para aprender a hacer las cosas bien no es el camino. Todo acto violento, aunque se considere con fines educativos positivistas, es improductivo. Lo único que se logra es un momento de choque y desencuentro que dispara un estado de emergencia. Una vez ahí surge nuestro instinto de supervivencia y buscamos atacar o huir; hacemos todo menos pensar, reflexionar o comprender, y mucho menos preguntar. El diálogo se cierra (aun si es contigo mismo), la relación se congela y queda trunca la comunicación humana.

Muchos de los abusos infantiles pasan también por estos corredores sombríos y encaminan a las personas hacia una adolescencia y una edad adulta con miedo, en la que no puedan identificar sus emociones. Lo vemos desde el niño que va caminando distraído, tropieza, se lastima y encima el padre o la madre le pega en la cabeza y le dice: “Abusado”. (Parece realmente sarcástico que recalquen su “abuso”.) Las niñas y adolescentes tienen también su dosis específica dentro de las familias mexicanas: “Estás medio gordita”, “Mete la panza”, “No comas mucho”, o el terrible: “Mira cómo te arreglas, pareces golfa”. Todos son graves ejemplos de violencia, no sólo por involucrar el cuerpo y la imagen, sino por lesionar su valor emocional, en lugar de hablar sobre los puntos que intrigan al adulto y darse el tiempo de conocer a la persona, particularmente

en el caso de la opinión de las mujeres, que pueden compartir mucho al respecto.

EJEMPLO VITAL

María tenía nueve años cuando acudió a mi clínica porque sus padres notaron que llevaba un par de semanas sin querer comer y se apretaba mucho el cinturón, hasta el grado de hacerse daño. María decía todo el tiempo que estaba gorda, y de formas violentas. En la consulta estuvieron ambos padres, los dos profesionistas, pero la madre delgada y el padre con sobrepeso. Me describieron la situación y, al hacerles algunas preguntas, llegamos al tema de la comida en casa. La mamá describió que el papá siempre decía estar a dieta, pero nunca la seguía y les preocupaba su salud. La niña estaba al tanto de esto.

Les pedí permiso para hablar con María a solas, quien accedió también. Cuando sus padres salieron, le pregunté: “¿Qué onda contigo, María? ¿Cómo está eso de tener miedo a estar gorda si eres un palito?”. Me contó sobre sus amigas en la escuela, y dijo: “Hay una niña que se llama Gaby y está gordita, y todas la molestan... hasta yo. Pero yo no quiero que a mí me molesten. Nunca”. Le dije entonces que su preocupación era que no la quisieran y la molestaran, como ella hacía con Gaby.

Por su complexión, era imposible que fuera gorda; sólo debía seguir comiendo bien y balanceado, y la tranquilicé diciéndole que una nutrióloga de mi equipo la iba a ayudar. En cuanto a la molestia, teníamos que empezar por dejar de molestar a Gaby. Le recomendé hablar con su mamá para que se encargara de resolver esa situación en la escuela y con su compañera. Es una situación tristemente cotidiana en los colegios, disparada por la poca tolerancia a la diferencia, a la alteridad.

La gran preocupación de todo ser humano es “ser querido”, de ahí la propia expresión de los más cercanos a nosotros, aquellos que aseguren nuestro “ser” y “estar”, quienes me ofrezcan una constancia a prueba de todo y me sigan reconociendo, aceptando y queriendo hasta en los peores momentos. Es lo que todos necesitamos.

Es cierto que las interrupciones “educativas” anteriores no se llevan a cabo con mala fe, pero es crucial alertar a los familiares en general, maestros, amigos y cualquier persona cercana en el entorno sobre lo nocivo que es esto para la autoestima de todos, pues les provoca una sensación permanente de fracaso, trunca su posibilidad de vivir mejor y de tener mejores relaciones consigo mismos y con los demás, y mucho menos permite que surja esa perspectiva de género que tanto necesitamos urgentemente.

Algunos adultos educados como hace 200 o incluso 400 años piensan que así las generaciones serán más resistentes o fuertes, pero es incorrecto. Existe una evidencia amplia de lo contrario. La violencia de cualquier tipo genera fragilidad y propicia la aparición de trastornos físicos y emocionales diversos, como los de la conducta alimentaria.⁸ La figura del padre es primordial en esto desde el embarazo, la lactancia y todo el desarrollo adolescente.⁹

La función paterna es importante para el desarrollo saludable del bebé por su “capacidad de arrullo”.¹⁰ Ayuda a la madre como relevo en los agotadores cuidados tempranos, pero también le permite descubrir modalidades para cuidar, convivir y tranquilizar a su hijo, generando una relación propia entre ambos. Esto lo prepara para

los momentos difíciles durante la adolescencia, cuando también se necesite esa “capacidad de consuelo” en la relación con sus hijos. Si el miedo es lo que predomina, se establece una modalidad de relación entre el niño y el adulto donde no podrá identificar en el futuro las situaciones de estrés, tensión, peligro o violencia, y a veces ni siquiera su intensidad. En el caso de las niñas, como mujeres no podrán tomar distancia y alejarse del modelo de sumisión al varón.

Hay una máxima que debemos recordar en las relaciones emocionales, de pareja y familiares: “Cuando uno gana, todos pierden”. No se trata de ganar, sino de comprender y mejorar la relación. Los adultos en general, no sólo los padres, olvidamos o desconocemos el efecto negativo de siempre imponer nuestra opinión o voluntad, pero la fuerza de la relación depende del intercambio y su fluidez. Es momento de transitar hacia el siglo XXI y entrar a una arena donde se hable, se argumente y nadie venza al otro.

En los años sesenta, Hilde Bruch inició una importante línea de investigación sobre los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad.¹¹ Sus resultados indican que la génesis de la autoestima se sitúa dentro de un *continuum* que inicia con la *autoconciencia*, seguido de un estado de *autoefectividad* donde la persona pueda experimentar y disfrutar el resultado positivo, el efecto de las propias acciones, sentirse orgullosa, poderosa y segura, es decir, despertar y disfrutar el sentirse querida por sí misma, tener *autoestima*.¹²

Esta secuencia que estructura la estima por nosotros mismos debe ser nuestra guía para formar hijos o alumnos seguros emocionalmente. Las palabras son nuestro faro en el devenir, en el proceso de vida. Debemos ser cuidadosos con nuestras acciones, como siempre, pero no menos con las palabras, pues tocan el alma. Si es necesario, pedir disculpas por su efecto siempre es un buen comienzo, que de ninguna manera debe ubicarse como debilidad, símil de lo negativo.

Hay muchos estudios que nos confirman la existencia del maltrato como una conducta obesogénica grave en todas las edades. Lo vemos en los síntomas de la bulimia y del trastorno por atracón,¹³ los cuales abordaré en el siguiente capítulo. Una historia de abuso físico se asocia con todos los diagnósticos de estos trastornos,¹⁴ y el abuso emocional desafortunadamente es el más común.¹⁵

* Los testimonios en algunos recuadros de este libro son anónimos para proteger la privacidad de sus protagonistas.



Capítulo 4

La conducta alimentaria: en busca del equilibrio físico y emocional

La Universidad de Minnesota publicó en 2018 los resultados del proyecto EAT I-IV, un estudio que siguió a un grupo de adolescentes durante 18 años, donde señala que todos presentaban problemas con la alimentación, la actividad física y el peso en su transición hacia la edad adulta: “Solamente 2% de las mujeres y 7% de los varones no presentan tales problemas”.¹ En otro estudio de la investigadora Dianne Neumark-Sztainer se reportó una alta prevalencia de problemas relacionados con el control de peso no saludable en mujeres, con insatisfacción corporal y obesidad (78.1% adolescentes y 82.3% adultas), mientras que en los hombres la prevalencia fue de 60.1% en adolescentes y 69.2% en adultos.²

Estos hallazgos corroboran la urgente necesidad de tomar medidas que nos alerten y orienten para evitar problemas relacionados con la alimentación, la actividad física y el peso, incluso desde antes de la adolescencia. Durante años hemos señalado que infancia es destino, pero hemos querido comprenderlo limitados por una lógica lineal que dista por mucho de representar la riqueza y la complejidad de la naturaleza humana. Se tiene a la madre como figura principal en el desarrollo, lo cual es lógico, pero su relación no es la única que contribuye al crecimiento, al desarrollo o a los problemas emocionales de los pequeños. Es crucial incluir la figura masculina, emocionalmente importante, para propiciar el desarrollo y poder entender los procesos de separación e individuación propios del desarrollo saludable.

Estudios recientes sobre un cuestionario conocido como EMBU³ (por sus siglas en sueco, traducido como “Los recuerdos de mi crianza”), exploran la población adolescente y en especial la que padece de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA).⁴ Se basa en los *recuerdos* de los hijos sobre los estilos educativos de sus padres.⁵ En población femenina se encontró que las adolescentes con un TCA recordaban una crianza con menor “calor emocional” y más “sobrepotección” y “rechazo” por parte de la madre, así como “rechazo” paterno.⁶ Los estudios señalan que la mala relación paterna tiene el mayor impacto disruptivo en las pacientes que sufren de un TCA.⁷

Resultados así nos han hecho replantear la importancia de la figura masculina en el desarrollo de niños y adolescentes, en especial si se trata de la población femenina. La información señala también una baja motivación para cambiar en caso de sufrir un TCA, por lo que existe una baja adherencia al tratamiento, como lo descubrió Luis Beato Fernández en su investigación sobre la influencia de los padres en los trastornos alimentarios.⁸

De igual manera, vemos que las mujeres adolescentes y adultas corren un alto riesgo de insatisfacción corporal y tener prácticas de control de peso no saludables disparadas por las fuertes presiones familiares, emocionales y sociales en la actualidad, las cuales enfatizan la delgadez como estado de éxito y aceptación,⁹ algo frecuente en la sociedad de consumo actual, claramente obesogénica. Es resultado del cúmulo de siglos de sometimiento por su apariencia y su belleza física —muchas veces en detrimento de la belleza interior—, y por una cultura de la imagen que fluye en contrasentido de los sentimientos y la capacidad de identificar los estados emocionales para poder definir las conductas. Tal flujo contrario genera fragilidad personal y afectiva, siendo parte del grave analfabetismo emocional actual, visible en ambos géneros.

BIENESTAR VITAL

Darme cuenta de que usaba la comida para algo que no era alimentación fue uno de los primeros pasos para empezar a cambiar y estar mejor. Si una manzana empieza a significar un error, un acierto, un consuelo, un castigo —en mi caso, creo que era un llanto sin lágrimas—, entonces es momento de pensar que algo no está funcionando bien. Probablemente estemos incómodos con algo en nuestra vida, aun cuando cumplamos nuestras expectativas de alimentación (cada uno inventará las suyas).

Si le ponemos otra carga de la que tiene realmente la comida, probablemente nos hayamos confundido en algún punto, seguro sin querer, como única forma para seguir funcionando. Supongo que pasa lo mismo con las pantallas, el alcohol y las drogas. Si nos ayudan a sostener sentimientos o sobrevivir “días malos”, y los usamos otra vez para lo que no son, algo está mal.

Me costó mucho cambiar este recurso. Seguro que a todos nos cuesta salir de la zona de confort, aunque estemos más bien incómodos, pero es lo único que conocemos. Puede ser todo un desafío. Asusta. Pero si nos quedamos ahí, nos condenamos a vivir a medias, nunca enteramente felices, aunque seamos todo lo espectaculares que “se supone” que vamos a ser comiendo de esa manera.

Hoy creo que mi manera de comer representaba lo que pasaba en el interior. Tenía que comer tal o cual cosa, pero en realidad también tenía que sentir, pensar, hacer o elegir tal o cual otra. Todo estaba diagramado con la cabeza, desde el exterior, con poco o ningún contacto con el hambre o conmigo.

Todo comienza cuando sanamos la relación con la comida y termina al curar los sentimientos. Recién entendí que a veces aprendemos formas de ser que no nos hacen bien. Lo importante es que se puede cambiar si trabajas en ello.

Tenemos que poder ofrecer programas que promuevan la alimentación y la actividad física saludables, cimentadas en el respeto, y que incluyan un enfoque de género. Cuando mis colegas y yo fundamos en 1986 la primera clínica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en México y América Latina, jamás imaginamos la dimensión que tomarían este tipo de condiciones, y mucho menos su asociación con la obesidad, la diabetes mellitus y las adicciones.

En esos años se cuestionaba la propuesta de Hilde Bruch sobre un trastorno continuo, desde la conducta restrictiva en el caso de la anorexia nerviosa (con su respectivo bajo

peso), la conducta compensatoria del vómito en el caso de la bulimia nerviosa (con su respectivo sobrepeso) o la de los trastornos por atracón (con su peso muy elevado o incluso obesidad).¹⁰ Ahora lo vemos como una alteración persistente a nivel de la conducta alimentaria, y sus diferentes variedades propician distintas constituciones físicas que pueden pasar de una a otra, dependiendo de la etapa.

La conducta alimentaria, como todo proceso humano complejo, está conformada por muchos niveles de comprensión y representación.¹¹ Será necesario contemplarla también como un modelo cultural que se ha impuesto poco a poco en la sociedad actual, pues sabemos que la cultura afecta la expresión de los trastornos, el desarrollo de problemas emocionales, de enfermedades mentales y de la neurosis en general porque modifica las expresiones de estrés en las personas, junto con sus variaciones de alivio.¹²

La conducta alimentaria representa uno de los primeros modelos biológicos y psicológicos reguladores de la tensión física y emocional. El bebé, cual lactante, define la importancia de dicha conducta, cuando descubre que al comer elimina la tensión, lo que persiste hasta los primeros tres años de vida.¹³ Es un paso inmenso para la humanidad que adquiera el poder de liberarse temporalmente de la tensión física, a la cual después nombrará hambre y más adelante emociones. Con la nominación de ambos registros, el ser humano puede conocerse a sí mismo y entonces explorar el mundo.

Parto de esto para decir que la conducta alimentaria se constituye como un organizador biopsicofamiliar temprano. Al aprender a regular naturalmente la tensión interna y externa asociada con el modelo de estrés se desarrollan circuitos neuronales que aseguran conductas permanentes y previsibles,¹⁴ vinculadas estrechamente con los mecanismos de control del peso corporal (consumo balanceado de alimentos variados y saludables). Su estabilidad también facilita y promueve la existencia y permanencia de la actividad física y el ejercicio como mecanismo de liberación de tensión y estrés,¹⁵ lo mismo que tener representaciones positivas de uno mismo.¹⁶

De esta manera, sabremos distinguir la conducta alimentaria en todas las vicisitudes cotidianas y modificar su curso o prevenirlo; o si se da un trastorno, saber qué hacer, aprender que uno de los síntomas a identificar es la modificación del peso (hacia arriba o hacia abajo) y del estado de ánimo, y entonces buscar a un equipo experto que proponga estrategias para disminuir la sintomatología, resolver el trastorno y continuar el desarrollo físico y emocional.

Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracón

Los TCA constituyen un serio problema en las sociedades occidentales. Son la patología psicológica y psiquiátrica que genera el mayor riesgo de muerte en la población adolescente.¹⁷ Los estudios epidemiológicos que nos orientan sobre el perfil de las grandes poblaciones han aumentado en calidad y en cantidad, lo que nos permite conocer la población en riesgo, los factores que facilitan su aparición o la previenen, las formas menores o parciales de dichos trastornos y *continuum* de vulnerabilidad.¹⁸

Los principales trastornos son anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TPA), los tres asociados con serios padecimientos físicos, trastornos médicos secundarios a la desnutrición, emaciación, sobrepeso u obesidad a que dan pie, dependiendo del tipo de trastorno del que se trate. Con el tiempo, la gravedad se incrementa con el impacto negativo en el cuerpo, dando como resultado las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como diabetes, hipertensión y cáncer,¹⁹ todas de alta prevalencia en México.

Hay una gran cantidad de factores de riesgo implicados en los tres trastornos, como los que veremos a continuación:

- **Género.** Los TCA, y en particular la AN, se dan en mujeres con una frecuencia de 10 a 20 veces superior que en los hombres.²⁰ Estudios basados en la población estudiantil estiman que el ratio mujer a hombre es de 10:1, y existe cierta evidencia genética de que, por ejemplo, la *molestia relacionada con el cuerpo* es mucho mayor en las mujeres, lo que incrementa su riesgo a padecer trastornos.²¹ En la Ensanut de 2006 y 2012 encontramos una relación de tres mujeres por cada hombre, y un incremento en el riesgo de ambos géneros para los tres TCA.²²
- **Adolescentes.** Recordemos que el nuevo criterio internacional sitúa la adolescencia entre los 10 y los 24 años, cuando termina su desarrollo neurológico.²³ Katherine Halmi, una de las pioneras en el estudio de los TCA, realizó un estudio que describe una distribución bimodal en la edad de inicio de la AN, con picos a los 14.5 y 18 años.²⁴ Alexander Lucas, de la Clínica Mayo, observa en una serie de 128 mujeres que 72% inició su trastorno antes de los 25 años y 86% antes de los 30.²⁵ Charles Hindler estudió un total de 827 pacientes atendidos a lo largo de 30 años por AN en las unidades de TCA inglesas, y la edad promedio de inicio del trastorno fue de 17.4 años para mujeres y 18 para hombres.²⁶ Dana Turnbull describe a partir de una

base de datos de atención primaria que la incidencia más elevada de AN se dio entre los 10 y 19 años, mientras que la BN fue más tardía, entre los 20 y 39.²⁷ En México encontramos que las edades de mayor riesgo son 13 años para las mujeres y 15 años para los hombres.²⁸

- **Cualquier nivel socioeconómico.** Toda la población está en riesgo de sufrir algún TCA, sin importar el nivel socioeconómico o educativo que tenga. Hace más de 100 años, Samuel Fenwick dijo que la AN se producía con más frecuencia entre las clases altas de la sociedad.²⁹ Se conservó esa ilusión hasta nuestros días, pero Maisie Gard y Chris Freeman fueron los primeros en recabar evidencia para desmentirla. Concluyeron que la evidencia de una preponderancia de TCA entre las clases altas está basada en muestras pequeñas y no controladas.³⁰ Otros estudios tampoco encontraron evidencia de una relación entre la BN y la clase social,³¹ sin embargo, lo que se ha podido señalar es que las clases sociales pudientes son las primeras en informarse y dirigirse a los servicios médicos específicos.
- **Dieta o conducta restrictiva.** Seguir los modelos restrictivos que comúnmente se conocen como “dieta” es con toda probabilidad uno de los factores precursores que implican más riesgo para el desarrollo de los TCA. George C. Patton realizó un estudio de seguimiento de casos y controles de una población de adolescentes de 15 años y concluyó que el riesgo a desarrollar un TCA se multiplicaba por ocho entre quienes hacían dieta, respecto a los que no. Cuando la dieta era sólo moderada, el riesgo de todos modos era cinco veces mayor.³²
- **Ambiente urbano y rural.** Estudios diversos observan que las tasas de morbilidad de los TCA entre los mexicanos varían en función del origen rural, urbano y metropolitano de las poblaciones estudiadas. De acuerdo con el perfil de las ciudades presentes en la Ensanut, hay una diferencia de menor a mayor población en riesgo entre la población rural, urbana y metropolitana, incrementándose progresivamente en dicha secuencia.³³
- **Migración.** La migración es un factor de riesgo para todos, dada la multiplicidad de cambios generados por el nuevo entorno y las exigencias culturales occidentales, al recargarse de manera selectiva en la alimentación para manejar la tensión física, emocional, familiar o social.³⁴
- **Trastorno psiquiátrico.** Cuando los TCA se asocian con otro trastorno psiquiátrico, como depresión o ansiedad, el pronóstico se complica y se multiplica por seis la probabilidad de desarrollar un TCA.³⁵ Se ha identificado que, si se padece el trastorno depresivo mayor, se multiplica por tres el riesgo de padecer algún TCA; con trastorno de ansiedad o alguna fobia simple o social el riesgo se multiplica por dos.³⁶ La enfermedad mental parental es también una limitante importante, ya que

no posibilita una relación parental “suficientemente buena” desde temprano, importante para el lactante.³⁷ Estudios sobre depresión, esquizofrenia, adicciones y trastornos de la alimentación muestran que cuando las madres padecen alguno o varios de estos trastornos, tienen dificultad para reconocer las necesidades físicas o emocionales de su bebé. Responden principalmente a sus miedos o sus temores personales, generando una sintonía afectiva pobre y una maternidad deficiente y limitada que no facilita el desarrollo integral del pequeño.³⁸

- **Genética.** Los estudios genéticos realizados con muestras amplias tienden a apoyar la influencia de los factores hereditarios en los TCA, aunque el ambiente sea un gran precursor.³⁹ En un estudio en particular, las tasas de concordancia entre gemelos para una definición amplia de AN fueron de 10 y 20%.⁴⁰ Al analizar la AN junto con la depresión mayor, la heredabilidad de la AN se estimó en 58%,⁴¹ sustentado por la alta frecuencia que encuentro en mi práctica clínica, donde la mayoría de los pacientes sufren ambos padecimientos.
- **Maltrato.** El maltrato representa una larga y triste lista de situaciones, como el *abuso físico*, el cual sucede principalmente en menores de entre uno y seis años.⁴² Los lactantes con llanto profuso son los de más alto riesgo, y los signos van desde pequeñas marcas, hasta fracturas y lesiones intraabdominales, existiendo siempre antecedentes de maltrato en los padres.⁴³ Es un grave factor de riesgo para el funcionamiento mental disociativo, lo que resulta del trauma que representa cualquier experiencia violenta. Cuando es frecuente o se repite la violencia, la separación se vuelve constante, provocando una disociación ideoafectiva que defiende el aspecto traumático del evento, pero nos aleja de poder aprender, así que se vive huyendo, como vemos con frecuencia entre los pacientes que sufren algún TCA.⁴⁴ Los más comunes son:
 - **Abuso sexual.** Por lo general sucede a menores de seis años. Con frecuencia el abusador es parte del entorno próximo del niño, ya sean sus padres, familiares o amistades, y el niño no lo denuncia como tal por las mismas razones.⁴⁵
 - **Desnutrición.** No alimentarlos adecuadamente es una forma de abuso y abandono en niños menores de dos años. Con cierta frecuencia los padres padecen alguna enfermedad mental.⁴⁶
- **Alexitimia o dificultad para identificar y expresar afectos.** No poder identificar nuestros estados afectivos y de los demás (lo que nos permite llevarnos adecuadamente con nosotros mismos y otros) es una gran limitación. La alexitimia se caracteriza por la dificultad de identificar los estados corporales y emocionales personales, mismos que pueden alertar sobre los estados de tensión y ayudar a solucionarlos para vivir mejor.⁴⁷

- **Problemas digestivos.** Un estudio longitudinal encontró que los problemas para comer y los problemas digestivos están relacionados.⁴⁸ En un seguimiento entre 1 y 10 años de edad se encontró que frecuentes conflictos por la alimentación, comidas desagradables durante la infancia y muestras de rebeldía con la madre y el padre eran indicadores de riesgo de TCA.⁴⁹

Peter Lewinsohn realizó un seguimiento de estudiantes adolescentes a los 18, 19 y 24 años. La prevalencia de formas parciales de TCA fue de 2% a los 18 años, 2.8% a los 19 años y 5.2% a los 24 años.⁵⁰ Alexandre Lucas, por su parte, refiere que se ha producido un aumento en la incidencia de AN en mujeres de entre 15 y 24 años, especialmente entre los 15 y 19 años. Asimismo, encontramos *miedo intenso a subir de peso*, como reportó 6.9% de los niños y 14.8% de las niñas.⁵¹

En 2012 se realizó en México un estudio nacional de adolescentes (10 a 19 años) con representación estatal. La proporción de sujetos con riesgo total de tener un TCA fue de 1.34%, siendo mayor en mujeres (1.9%) que en hombres (0.8%). El ratio mujer a hombre en riesgo de TCA fue de 3:1. El principal temor registrado fue la “preocupación por engordar”, mientras que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes fueron “comer demasiado” y “perder el control sobre lo que se come”. El grupo de 14 a 19 años fue el de mayor riesgo en ambos sexos.⁵²

Más allá de las estadísticas debe explorarse la eventual existencia de un TCA en todo paciente con síndrome metabólico, diabetes mellitus, dislipidemias (problemas de colesterol) e hipertensión arterial, lo mismo que sobrepeso y obesidad. Perder el control al comer es tan grave como la conducta del atracón (comer mucho en poco tiempo) por sus efectos en el peso y en el descontrol de la conducta del paciente. No incluir el manejo y la modificación de ambas conductas en la clínica evita la inclusión integral del paciente y, por ende, la adherencia al tratamiento. Deben tomarse en cuenta todas las alteraciones de la conducta alimentaria al momento de diseñar las estrategias de prevención. Recordemos que sólo una valoración completa física y psicológica, hecha por especialistas en TCA, nos puede dar un diagnóstico certero.

Anorexia nerviosa o nervosa (AN)

La palabra *anorexia* proviene del griego *an* (restrictivo) y *orexis* (apetito), y significa no tener hambre. Su origen es multifactorial: emocional, asociado con trastornos de estado de ánimo (depresión), o físico, en enfermedades con ataque al estado general.⁵³ Son varios los signos y síntomas que caracterizan a la AN:

- Restricción de la ingesta energética (la cantidad de calorías que representa lo consumido) en relación con las necesidades (de acuerdo con edad, complexión y nivel de actividad física), lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo según la edad, el género, la etapa de desarrollo y la salud física. (Un peso significativamente bajo se define como inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.)
- Miedo intenso a subir de peso o a engordar, o un comportamiento persistente que interfiera en el aumento de peso, incluso con uno significativamente bajo.
- Alteración en la forma en que la persona percibe su propio peso o constitución o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo.

Existen diferentes variedades:

- **Restictiva.** Durante los últimos tres meses la persona no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo presenta trastornos alimentarios y de ingesta en que la pérdida de peso se debe sobre todo a dieta, ayuno y ejercicio excesivo.
- **Con atracones o purgas.** Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

También se explora que se especifique la gravedad actual:

- **En remisión parcial.** Después de haberse cumplido todos los criterios, no se ha tenido un peso corporal bajo durante un periodo continuado, pero todavía se encuentra presente el miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, y existe un comportamiento que interfiere con el aumento de peso o con la alteración de la autopercepción del peso y la constitución.
- **En remisión total.** Después de haberse cumplido todos los criterios, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

En los adultos, la gravedad se basa en el índice de masa corporal (IMC) actual, y en niños y adolescentes los resultados dependen de la estatura y la edad, por lo que cada categoría requiere percentiles de IMC correspondientes. Los límites de desnutrición siguientes, por ejemplo, derivan de las categorías que señala la OMS para adultos:⁵⁴

- **Leve:** $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- **Moderado:** $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$
- **Grave:** $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$
- **Extremo:** $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

SIGNOS Y SÍNTOMAS FRECUENTES EN LAS PERSONAS QUE PADECEN ALGÚN TCA DE ACUERDO CON LA ACADEMIA PARA DESÓRDENES ALIMENTICIOS⁵⁵

General

- Pérdida, aumento o fluctuaciones de peso marcadas
- Pérdida, mantenimiento o falta de incremento de peso en un niño o adolescente en crecimiento
- Intolerancia al frío
- Debilidad
- Fatiga
- Mareo
- Síncope
- Bochornos, episodios de sudoración

Oral y dental

- Heridas orales, laceraciones
- Erosiones dentales y caries
- Perimólisis, desgaste en los dientes por efecto del ácido en el vómito
- Agrandamiento de las parótidas

Cardiorrespiratorio

- Dolor precordial
- Palpitaciones cardíacas
- Arritmias
- Falta de aliento
- Edema

Gastrointestinal

- Molestia epigástrica
- Saciedad inmediata, vaciamiento gástrico retardado
- Reflujo gastroesofágico
- Hematemesis
- Hemorroides y prolapso rectal
- Constipación

Endocrino

- Amenorrea o irregularidades menstruales
- Pérdida de libido
- Densidad mineral ósea baja con riesgo incremental de fractura y osteoporosis
- Infertilidad

Neuropsiquiátrico

- Convulsiones
- Pérdida de memoria

- Mala concentración
- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad
- Conductas obsesivas
- Autoagresión
- Ideas e intentos suicidas

Dermatológico

- Lanugo
- Pérdida de cabello
- Descoloración amarillenta de la piel
- Callos o cicatrices en el dorso de la mano (signo de Russell)
- Mala cicatrización

Bulimia nerviosa o nervosa (BN)

De acuerdo con la Ensanut realizada en 2006, la tasa promedio de prevalencia de bulimia en México es de 1.2% en mujeres y 0.4% en hombres.⁵⁶ La bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de *atracones*, una ingesta de alimentos muy grande en un lapso muy corto de tiempo. Van acompañados de la sensación de “falta de control” sobre lo que se ingiere durante el episodio.

Después de la práctica del atracón comienzan las conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso, particularmente vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno, o ejercicio excesivo. En promedio, ambos eventos se producen al menos una vez a la semana durante tres meses.⁵⁷

Debido al deterioro provocado, la autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. En su diagnóstico, es necesario especificar si se encuentra:

- **En remisión parcial.** Después de haberse cumplido todos los criterios, algunos no se han cumplido durante un periodo continuado.
- **En remisión total.** Después de haberse cumplido todos los criterios, no se ha cumplido ninguno durante un periodo continuado.

De igual manera, es necesario estipular la gravedad actual, la cual se basa en la frecuencia con que se presentan los comportamientos compensatorios inapropiados y puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- **Leve.** Un promedio de 1 a 3 episodios a la semana.
- **Moderado.** Un promedio de 4 a 7 episodios a la semana.
- **Grave.** Un promedio de 8 a 13 episodios a la semana.
- **Extremo.** Un promedio de 14 episodios a la semana.

Trastorno por atracón (TPA)

Un episodio de atracón se caracteriza primero por la ingesta de una cantidad de alimentos mayor de la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas. Por lo general lo acompaña una *sensación de falta de control* sobre lo que se ingiere durante el episodio y la cantidad.

A partir de las cifras que se recabaron en la Ensanut de 2006 vemos que 0.7% de los adolescentes lo practica y se presenta sobre todo en mujeres.⁵⁸ El atracón se observó en 8.8% de los niños y 9.4% de las niñas, y la pérdida de control en 4.5% de los niños y 5.6% de las niñas, aunque la restricción de la alimentación apareció solamente en 1.7% de las niñas.⁵⁹ La mayor prevalencia de la conducta alimentaria de riesgo se encontró entre los adolescentes varones de 15 años y las mujeres de 13, y predominó en localidades urbanas (el doble que las de tipo rural).⁶⁰ El 7.8% de los adolescentes refirió haber tenido la sensación de no poder parar de comer en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta, y se vieron medidas compensatorias para tratar de bajar de peso (uso de pastillas, diuréticos y laxantes) en 0.8% de este grupo. Por otro lado, 3.2% reportó la práctica de conductas restrictivas con la intención de bajar de peso (ayunos, dietas o ejercicio en exceso después de los episodios).⁶¹

Los atracones se asocian con tres (o más) de los siguientes eventos:

- Comer mucho más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer sólo por la vergüenza que se siente ante la cantidad que se ingiere.
- Sentirse a disgusto con uno mismo después, deprimido o muy avergonzado.
- Malestar intenso respecto a los atracones.
- En promedio, los atracones se producen al menos una vez a la semana durante un periodo de tres meses.
- No hay comportamientos inapropiados.

Esta conducta anormal es clínicamente relevante porque se asocia con el sobrepeso y la

obesidad, y por ende con las ECNT, como lo señaló Albert Stunkard desde 1959⁶² y Kim Brownley recientemente.⁶³

Un TCA muy cercano al TPA es el *síndrome de ingesta nocturna de alimentos*. Se trata de episodios recurrentes de ingesta por la noche y puede asociarse con la restricción diurna, antecedentes de insomnio o problemas de sueño. Existe conciencia y recuerdo de ello y causa un malestar significativo, al igual que problemas de funcionamiento personal, familiar y social. Este trastorno no se explica por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo ni por normas sociales locales; tampoco se atribuye al consumo de sustancias, a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

BIENESTAR VITAL

No hay nada peor y más aterrador que exponerse frente a otro. Si no nos queremos a nosotros mismos, ¿cómo podemos pensar que alguien más pueda? Por eso nos tapamos con comida, nos tapamos con una forma de ser, rígida y tirana, que se manifiesta en la alimentación y muchas otras cosas. Somos así respecto a lo que sentimos, opinamos, hacemos o no, en lo que elegimos, en cualquier actividad, incluyendo la vida sexual. Exponerse ante otro es terrible, pero a la vez, créeme, es lo que hace linda la vida.

Siempre existe la posibilidad de que algo salga mal, de sufrir. Pero ¿y si sale bien? ¡Qué enorme ganancia! Y ese pequeño paso lleva a otro y otro y otro. Así es como se crea una cadena enorme que trae más momentos de los buenos, gente que vale la pena y sentimientos valiosos. Hay que animarse a estar expuestos. Cuesta horrores, pero es básico para estar bien. No tenemos forma de escaparnos de nosotros mismos. Si eliges ser alguien que no eres, probablemente transitarás el mismo camino, pero infeliz, sintiendo que algo “está mal”, que algo “no funciona”. Yo lo intenté. Por eso sé que no sirve. Crees que te vas a acostumbrar y no es cierto. Tienes que amarte como eres, aunque luches con ello un rato. Porque después de amargarte por los defectos, viene la felicidad cuando reconoces tus virtudes, y seguramente tienes mil. ¡Prueba!

Trastorno de evitación/restricción de ingesta de alimentos

Se trata de un trastorno muy frecuente en la actualidad, pues se vincula con el tema de la rebeldía a las reglas de la familia, la casa, la mesa y la comida por parte del niño o adolescente, poniendo en peligro su crecimiento físico y su desarrollo emocional y familiar.

Se manifiesta como una aparente falta de interés por comer o alimentarse, y puede ser a causa de las características organolépticas de los alimentos o por una preocupación acerca de las consecuencias repulsivas del acto de comer, lo que deja de manifiesto un incumplimiento constante de las necesidades nutritivas y energéticas adecuadas, asociadas con uno (o más) de los siguientes puntos:

1. Pérdida de peso significativa, fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños.
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de una alimentación entera o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada que sea culturalmente aceptada. Tampoco se produce exclusivamente en el curso de la AN ni de la BN, y no hay pruebas de un trastorno en la forma como la persona experimenta su propio peso y constitución. No se puede atribuir a una afección médica concurrente ni se explica mejor a partir de otro trastorno mental; sin embargo, cuando se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad justifica la atención clínica adicional, y sólo puede haber un diagnóstico favorable si se encuentra en remisión, es decir, si los criterios anteriores no se han cumplido durante un periodo continuado.

En 1997, Joan Jacobs Brumberg hizo que todos miraran el peso emocional que tiene el cuerpo gracias a su obra colosal *The Body Project*,⁶⁴ un estudio que nos habla sobre un siglo de diarios personales de las niñas y adolescentes estadounidenses. No sólo encontramos la importancia del cuerpo en el futuro, sino todas las preocupaciones por su cuerpo en el presente. El peor inquilino del cuerpo realmente es el ideal de delgadez, que nos lleva al centro de un factor definitorio del equilibrio o de su pérdida, y en todos sentidos, físico, emocional y mental.

Existe una práctica que, si bien no llega a ser milenaria, en el imaginario colectivo se vive como si lo fuera: la “dieta” o plan alimentario, una conducta restrictiva con el objeto de perder peso. Ha sido promovida por todos, incluyendo personal médico, a partir de un pensamiento lineal: creer que cuando se trata de sobrepeso y obesidad, el problema son los kilos y no la conducta. Pero el peso es resultado de nuestros hábitos. Lo que nadie nos explica es que la restricción es una conducta de riesgo para muchos trastornos, incluyendo los TCA,⁶⁵ y en caso de tener éxito, la baja de peso será temporal y se puede recuperar cada gramo si no se han modificado los hábitos.

“No hay salud sin salud mental”

Hasta 1961 la OMS incluyó la salud mental en sus programas;⁶⁶ muy tarde si tomamos en cuenta que cerca de 100 años antes los mejores programas de salud ya señalaban la importancia de la dimensión emocional. En mayo de 2012, la 65ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga global de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada por parte de los sectores sanitario y social.⁶⁷ Se pidió a la directora general que, en consulta con los Estados miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales, preparara un plan de acción integral sobre salud mental que abarcara servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas. El resultado presta especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación, además de que propone indicadores y metas clave para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto de los Estados asociados a nivel internacional, regional y nacional. En el núcleo de este plan se encuentra el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”.

Por desgracia, continúa como parte de la historia del hombre separar los aspectos físicos de los emocionales, limitando la posibilidad de entenderse a sí mismo y a su pareja y familia. Culturalmente la mujer es más próxima a identificar y tomar en cuenta la dimensión emocional, personal y del entorno, por lo que los percibe menos aislados; sin embargo, vivimos dentro de una cultura machista donde sólo predominan los deseos físicos inmediatos.

En el ámbito de la salud y la educación, incluyendo a los profesionales, con frecuencia necesitamos insistir en la existencia e importancia de las emociones, del funcionamiento mental como algo continuo y vital, ya que connota la experiencia, permite trabajar en uno mismo y en las relaciones familiares y sociales. Tenemos mucho trabajo por delante para promover y realizar una aproximación integral que incluya de manera complementaria las dimensiones físicas y emocionales. No se trata sólo de que te preocupes por comer o por alimentarte, sino por sentir. Sin las emociones, es realmente imposible avanzar en el entendimiento del ser humano, y es el principal motivo por el que han fracasado los programas de lucha contra la obesidad, las adicciones y la violencia. En cada uno se deja de lado lo más importante: cómo te sientes. La pregunta que debería hacer todo ser humano a su prójimo, incluyendo los profesionales de la salud, la educación y el desarrollo social, es: “¿Cómo puedo ayudar a que te sientas mejor?”, y esto incluye ayudarte a ser mejor, a estar bien.

La mayoría de los programas de salud se enfocan en la prohibición, en el castigo, en la amenaza, y no empiezan con la comprensión, lo que podría generar nuevos actos y

eventualmente hábitos. Las amenazas provocan una respuesta de ataque o huida, o el comentario frecuente de los pacientes: “De algo me voy a morir”. No se busca que alguien cambie su vida por infundirle miedo a la muerte. Debemos trabajar con lo que sustenta en verdad nuestra conducta: representaciones mentales, anhelos, ideales.

BIENESTAR VITAL

Me costó mucho aceptar que a veces la persona que está más enferma se ve saludable y sonríe. El trastorno de alimentación que formó parte de mi vida durante mucho tiempo fue por momentos muy evidente y por otros no. Cuando recibí el tratamiento que finalmente me ayudó a recuperarme y a seguir con mi vida, físicamente me veía sana, y mi frustración máxima era querer verme enferma para que pudiera justificar lo mal que me sentía. Quería verme mal para que mi aspecto físico fuera de la mano con mi estado mental.

Recuerdo un día haberle expresado este enorme malestar a mi psicóloga. Ella me escuchó y me contó que la mitad de los pacientes que atendía en la clínica tenían un peso saludable. Sin embargo, estaban enfermos, tenían un trastorno y necesitaban ayuda. Mi trastorno de alimentación tal vez tenía una habilidad enorme para esconderse, pero mis amigos ahora me cuentan que, cuando estaba muy enferma, sabían que algo andaba mal, que podía lucir bien, pero no estar sana. Estoy segura de que, en ese momento, la mayoría de los indicadores de salud que usan los especialistas me hubieran descrito como una persona saludable; sin embargo, si conversabas conmigo una hora, te dabas cuenta de que no era así; me veía sana, pero mentalmente sucedía todo lo contrario.

Hasta ahora los programas educativos, de salud y de prevención han sido ineficaces porque denotan un desconocimiento emocional y, por ende, limitante en el entendimiento de la “motivación al cambio”. Los que están relacionados con el bienestar no, ya que son incluyentes y se construyen desde el equilibrio físico y emocional, personal y familiar. Desde hace años James Prochaska, preocupado por los pacientes con adicciones y sus ganas de cambio, ideó un cuestionario⁶⁸ para saber qué tanto quiere cambiar una persona que sufre de adicción, y más tarde Luis Beato⁶⁹ lo adecuó a los pacientes con TCA. Esto nos ayuda a que el paciente pueda saber cuánto quiere cambiar y a partir de ahí decidir cuándo, cómo y hacia dónde.

La salud mental, o mejor dicho el bienestar emocional, debe ser parte de la vida cotidiana, no sólo una propuesta escrita ni un planteamiento para la política pública; será lo que nos lleve a una comprensión personal y a explicar esa voz interna que nos habla y acompaña todo el tiempo. Si no somos capaces de darle un espacio, difícilmente lograremos asimilar todos los temas de convivencia personal y social, estaremos en peligro de conflictos y caos, con serios efectos en la salud, disminuyendo la calidad de vida en general, y mayormente para quienes padecen trastornos mentales (TM).

Erróneamente se piensa que el término *trastorno mental* hace referencia a casos graves y aparatosos, como la psicosis y la esquizofrenia. Pero los TM son de muchas

clases y muy frecuentes: en el mundo, representan 7.5% de la carga global de enfermedad, es decir, del peso de todas las enfermedades sobre la humanidad, con el lugar 11 de las 88 condiciones médicas analizadas.⁷⁰ En 1990 ocupaban el lugar 15° en América Latina, y en México el 5°. En nuestro país los TM son responsables de 25% de los años de vida asociados con discapacidad (AVD) en hombres y 23% en mujeres, y de estas cifras, la depresión ocupa el primer lugar entre todas las causas de AVD en mujeres y el segundo en varones, después de la lumbalgia.⁷¹

Los TM tienen un efecto importante en nuestra calidad de vida y también complican la evolución de las enfermedades crónicas. La depresión es 3.4 veces más frecuente entre quienes viven con una condición de dolor.⁷² La Encuesta Mundial de Salud Mental señala que el riesgo a padecer depresión cuando se tiene diabetes mellitus es 2.2 veces más frecuente que cuando no existe dicha condición, y es 2.8 veces más probable cuando se trata de obesidad; la presencia de ansiedad, por ejemplo, es 4.4 veces mayor cuando se trata de obesidad grave (IMC 35%+), en comparación con una obesidad media (IMC 30-34.9%).⁷³

La doctora María Elena Medina-Mora señala que menos de 12% de la población entre 18 y 65 años recibe tratamiento cuando padece algún trastorno de enfermedad mental. El tiempo que transcurre entre el inicio de la enfermedad y el tratamiento es largo: 15 años en promedio para los trastornos afectivos, 25 años para el trastorno del impulso y la ansiedad, y más de 25 años cuando se trata del trastorno por abuso de sustancias.⁷⁴ El tratamiento más frecuente es con especialistas no médicos (9%) o medicina alternativa (6%); 4.7% de los casos fue atendido por médicos generales y sólo 1.7% por psiquiatras, quienes participan más en casos graves (5%), aunque suelen atenderse en mayor proporción por médicos generales (7.9%).⁷⁵

Son muchos los retos que enfrentamos a nivel social, familiar y personal, pero todos estamos preocupados por el sobrepeso y la obesidad. Necesitamos cambiar juntos:

1. Debemos ampliar el presupuesto personal, familiar y estatal. Es irrisorio o indignante, o ambos, el presupuesto que se dedica en México para la salud: 2%. Y de dicho porcentaje, las adicciones toman 55%. Del 45% restante, 80% se destina a los hospitales psiquiátricos de alta especialidad.⁷⁶ Es la razón de que el Estado ofrezca mínimas opciones de apoyo y esté muy lejos de poder promover la prevención o una cultura para la salud mental. Aunado a esto, 77% de los hospitales psiquiátricos está en grandes ciudades, y 67% de los ingresos es involuntario por la gravedad con que llegan los pacientes.⁷⁷ El cambio a nivel sociedad y Estado es fundamental pero, mientras ocurre, debemos invertir en estar bien y generar bienestar. Nosotros somos nuestra mejor prevención.

2. El Estado debe incrementar la cobertura, el número de personas con acceso a la salud mental. Al leer el punto anterior o recordar que pasa mucho tiempo antes de que los enfermos mentales reciban atención médica, sabemos que hay un gran reto por delante; sin embargo, es preciso exigirlo a nuestras clínicas y servicios de salud. Es nuestro derecho.
3. Modificar la manera en que se proporciona la atención con énfasis en el modelo comunitario, así como continuar visitando poblados y adecuar el enfoque al nivel cultural, etario y educativo de la gente para poder mejorar el impacto. A nivel personal, podemos promover la convivencia social en actividades dirigidas al bienestar, como las que detallaré en el mapa II.
4. Promover la detección temprana y oportuna desde pequeños. Saber distinguir cualquier cosa que te haga sentir mal y pedir ayuda a tu familia o a un profesional si eso no tiene efecto.
5. Debemos luchar contra el estigma hacia los enfermos mentales y la enfermedad mental a nivel personal, familiar y estatal. Podemos en conjunto generar una salud para el mundo libre de vergüenza y etiquetas.

Muchos de estos puntos nos incumben, ya sea como personas en riesgo o no. La enfermedad mental es irremediable como parte de la condición humana. Estudiarnos a nosotros mismos es el camino natural para entender esta conducta, al igual que la obesogénica. Así, queda implícita la prevención. Es pertinente recordar que el hábito de conocernos y observarnos se asocia con los procesos educativos, con el desarrollo de competencias y capacidades en una formación para la vida personal y profesional. Ambas son complementarias y se potencializan en un cruce virtuoso dentro del entendimiento.

En México vemos que, cuando los niños presentan alguna problemática de salud mental, sólo 26% de los padres considera que su hijo requiere ayuda.⁷⁸ Alrededor de 15% de la población de entre tres y 12 años presenta problemas de conducta, pero la mayoría no recibe atención oportuna, por lo que se eleva el riesgo de desarrollar conductas antisociales, delictivas, consumo de sustancias, violencia, etcétera. Más de 80% de quienes padecen un trastorno mental nunca recibe tratamiento.⁷⁹

Existe un número importante de cuestionarios e instrumentos psicológicos que nos ofrecen información basada en evidencia científica, validados con pacientes que tienen dichos padecimientos, en distintas poblaciones, incluyendo la nuestra. Sirven para conocer si alguno de nosotros padece o tiene conductas de riesgo en diferentes temas vitales.

Sugiero la aplicación rutinaria del cuestionario de conducta alimentaria (véase el anexo) para conocer a detalle las causas psicológicas y las influencias promotoras, así

como las conductas asociadas directamente con los TCA.⁸⁰ Los siguientes cuestionarios están disponibles en internet y sirven de guía para el diagnóstico con fines preventivos:

- **EDI (Eating Disorders Inventory).** El Inventario de desórdenes alimentarios es uno de los clásicos que nos pueden indicar si existen conductas que nos acerquen a los diferentes TCA.⁸¹
- **EAT-40 (Eating Attitudes Test).** Recientemente validamos este cuestionario de actitudes alimentarias en México.⁸²
- **Bulit (Bulimia Test).** Es un cuestionario sobre los indicadores de la bulimia.⁸³
- **HAD (Hospital Anxiety and Depression).** Es un cuestionario para medir la ansiedad y la depresión, validado en población clínica mexicana por nuestro equipo.⁸⁴
- **CIMEC (Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal).** Nos dice si la obsesión por la delgadez ha llegado hasta nuestras preferencias estéticas.⁸⁵
- **BSQ (Body Shape Questionnaire).** Es un cuestionario sobre la imagen corporal.⁸⁶
- **EMBU (“Los recuerdos de mi crianza”).** Es relativo a las prácticas de crianza que influyen en los pacientes con TCA.⁸⁷
- **TAS-20.** Escala de Alexitimia de Toronto y la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. Nuestro equipo validó ambos en población clínica mexicana.⁸⁸

MAPA II

Los cinco factores de protección principales



Hay épocas que cambian, y no necesariamente asociadas con fechas, decenios o siglos. La época moderna está ahora marcada por la obesidad, y en México hay tres momentos fundacionales. El primero fue en 2006, a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), cuando constatamos que se había disparado la obesidad.¹ Fue un momento crítico para los expertos porque teníamos que aportar suficientes argumentos para convencer a la Presidencia de la urgencia epidemiológica de crear una estrategia. Se necesitó hacer un estudio del impacto económico que tienen los efectos de la obesidad, costos directos e indirectos de las enfermedades que propicia la obesidad en los mexicanos. El siguiente momento se dio en 2008, cuando se lanzó por primera vez una estrategia nacional para la promoción de hábitos saludables: 5 pasos por tu salud, la cual permite conquistar la salud en cada uno de nosotros a partir de cinco acciones básicas: muévete, toma agua, come frutas y verduras, mídete y comparte con familia y amigos. Gracias a este programa hoy tenemos resultados sociales inmensos que no existían anteriormente,² como cerrar las principales avenidas para caminar, el libre acceso a las ciclovías y agua simple potable como una opción saludable en parques y escuelas (aunque los añorados bebederos no se encuentran aún en todas las escuelas, sólo en 25% de ellas).³

En el año 2006 la población no tenía una idea clara —y era escasa entre los profesionales de la salud y de la educación— de la importancia de la nutrición y de la actividad física para la salud personal y familiar. Los profesionales de la salud a veces no son muy hábiles ni constantes para prescribir actividad física ni nutrición, por lo que, después del impacto beneficioso del programa 5 pasos por tu salud, se me invitó en 2012 a diseñar una nueva estrategia, esta vez para el IMSS, llamada Chécate, mídete, muévete. La Secretaría de Salud también la adoptó y se volvió nacional. En aras de la coherencia,

rescataba dos pasos muy importantes del programa anterior, mídete y muévete, a los que añadimos “chécate” para incrementar la asistencia a los servicios médicos de los derechohabientes.

Sin embargo, a pesar de este progreso, se dio un tercer momento en 2016, cuando la Ensanut mostró que la obesidad y la diabetes no dejaron de aumentar y llegaron hasta el límite de lo posible por la falta de prevención.⁴ No vemos cambios reales en las personas. Pareciera que nos encontramos dentro de un tipo de *analfabetismo funcional no saludable*; podemos leer y comprender los signos, pero no logramos integrarlos y conformar una propuesta crítica que los convierta en conocimiento y práctica.

Hoy, en el año 2019, la preocupación es mayor porque, a 11 años de haber sonado la alarma y sugerir acciones específicas, la epidemia de obesidad continúa creciendo en los 32 estados. Está llegando a su porcentaje máximo, a un estado de saturación. También se puede ver el efecto económico de la misma en lo que atinadamente Julio Frenk llamó *gasto catastrófico*,⁵ equivalente a 30% del gasto total de la familia, poniendo en riesgo la economía familiar y la del Estado. Para darnos una idea de la magnitud de los llamados gastos catastróficos: se refieren al costo de los efectos de la obesidad, que son del tamaño del presupuesto total de salud, es decir, pronto todo el presupuesto se gastará solamente en sus consecuencias.⁶ Es un punto importante en la gravedad del ambiente obesogénico en México porque, con las ECNT no sólo disminuye la esperanza de vida — la cual había crecido ininterrumpidamente en los últimos 80 años, pasando de 34 años en la década de 1930,⁷ a 75.3 años en 2017—,⁸ sino que se disparan los gastos en salud en muy poco tiempo.

En la encuesta nacional de 2016 un porcentaje muy alto de personas refirió que se sentía muy capaz o capaz de comer cinco frutas y verduras al día (79.7%), consumir uno o menos vasos de bebidas azucaradas industrializadas y caseras a la semana (70.2%), y realizar por lo menos 30 minutos de actividad física al día (85.5%). Sin embargo, estas respuestas no coinciden con la realidad, con los altos índices de sobrepeso y obesidad. Los hábitos no han cambiado. La gente responde lo que el interlocutor quiere escuchar, sabe hablar de lo saludable, de lo socialmente aceptable, pero no es consistente con sus actos. La acción cotidiana es claramente una *conducta obesogénica*. Las cifras no mienten. El riesgo es creer que sólo con tener la información es suficiente, que no es necesario hacer algo al respecto, actuar acorde.

Sabemos que todas las conductas pueden ser saludables o de riesgo dependiendo de su frecuencia e intensidad; incluso la actividad física, por maravillosa que sea, puede ser peligrosa en exceso y ante un bajo aporte calórico, lo mismo que el consumo de agua simple potable, la cual nos permite realizar muchos procesos fisiológicos, pero un consumo extremo se puede tornar enfermizo (potomanía). Para estar bien necesitamos del equilibrio, alejarnos de los excesos, porque saturan los registros que nos orientan

para relacionarnos con nosotros mismos y con los demás, alteran nuestra posibilidad de asimilar el mundo.

Los datos duros, con bases científicas, son muy importantes. Nos pueden guiar mejor que cualquier intuición, buena fe, ocurrencia o azar. A partir de esta información concentré en cinco aspectos básicos lo que necesitamos para generar una vida con bienestar: son cinco conductas principales, dirigidas hacia un sano balance. Tal vez no a todos nos gustan los deportes, pero podemos ser activos de otras maneras. Es posible que no todos disfrutemos el sabor de la lechuga, pero hay muchas más verduras saludables y deliciosas. El concepto de *bienestar* es personal, se adecua a las preferencias de cada uno porque, esencialmente, somos diferentes. Un error médico es insistir en que todos hagamos lo mismo siempre, algo que de ninguna manera propicia el cambio vital.

Cada uno de estos cinco aspectos te ayudará a identificar dónde se vuelve invisible el ambiente obesogénico y lo estás absorbiendo sin ningún reparo, disparando su riesgo directo a la cabeza. Por eso debes estar preparado, y lo haremos juntos. Al contar con conductas promotoras del bienestar, disminuyen las posibilidades de ser presas del ambiente obesogénico, así que sigue el mapa de este ideario hacia conquistar el bienestar personal y familiar, para que entonces puedas aportar de manera contundente al tejido social que promueve el desarrollo.



Capítulo 5

Una vida sin violencia ni adicciones

Hemos insistido en que para poder entender la obesidad y el sobrepeso, debemos verlos y entenderlos como *problemas psicosociales*,¹ como un *problema complejo* que, siguiendo a Edgar Morin, significa estar compuesto por múltiples determinantes que sólo podremos solucionar con un enfoque que nos permita sumar entendimientos complementarios.² No es posible separar los aspectos físicos y psicológicos personales de los familiares y los sociales.

Nos enfrentamos a un problema de hábitos junto con otros dos más profundos, no poder identificar nuestras emociones y haber olvidado que la persona está en el centro. Sin ambos, el desarrollo de la inteligencia emocional se torna casi imposible.

Existen dos conductas peligrosas y disruptivas en todo momento para el desarrollo personal, familiar y social, sin importar su frecuencia e intensidad: la *violencia* y el uso de *drogas*, por lo general asociadas —razón de que intentemos alertar desde un principio, como tope de la lista de los cinco factores de protección principales que comparto en el mapa II—. Al conocer sus nefastos efectos, permaneceremos alertas de la *cero tolerancia* que debemos tener con estos dos motores de alteración e incluso destrucción a nivel físico, emocional, personal, familiar y social.

Su presencia muchas veces inseparable nos hace saber que una lleva a la otra, se trenzan generando permanencia y destrucción, con efectos sociales muy graves, como lo vivimos actualmente en México. No podemos dejar entrar la *violencia* ni las *drogas* a la casa, por ninguna puerta, ventana ni rendija, ni siquiera pasar cerca, pues inevitablemente habrá efectos nocivos en la estructura personal y familiar a corto, mediano y largo plazo. Y si ya existe en el entorno, debemos tomar cartas en el asunto y sacarlas igualmente por la puerta o la ventana. No hacerlo sería limitarnos en todos nuestros canales de relación personal, familiar y social, con daños irreparables. Debemos estar conscientes y muy preocupados de que no tengan cabida en nosotros ni los nuestros, sean conocidos o simplemente cercanos, “por humanidad”, diría mi madre, y por conveniencia, diría yo, ya que estar cerca de cualquier estado de destrucción nos pueden alcanzar sólo por proximidad.

No violencia

Partamos de una definición: “En términos generales, la violencia es [...] toda acción u omisión producto del uso y abuso en el ejercicio del poder y de la autoridad que ofende, perjudica y quebranta los derechos inherentes de una persona, porque tiene por objetivo causar un daño —ya sea físico, psicológico, patrimonial, sexual o económico—, una lesión, una incapacidad e, incluso, la muerte, tanto en los espacios públicos como privados”.³

Es claro el grave efecto de la *violencia* en una persona, en particular porque suele venir de personas cercanas, sucede desde edades muy tempranas y marca las relaciones personales sin remedio, dando un grave tono de “normalidad” al maltrato. Tenemos datos impactantes acerca de la violencia y la enfermedad mental, dado que uno de los peores efectos es que se anida en el funcionamiento mental con terribles resultados, por ejemplo: la exposición a la violencia o el haber sido testigo de ella aumenta el riesgo de padecer un trastorno mental (TM) entre 1.4 y 2.8 veces; la conducta criminal de los padres incrementa 2.2 veces el riesgo de problemas de conducta en los hijos y 6.6 veces el desarrollo de un trastorno por abuso de sustancias en los menores.⁴ Esto implica desde comentarios sarcásticos, hasta el uso de calificativos denigrantes que generen inseguridad y expresiones groseras.

Las situaciones de violencia de cualquier índole suceden frecuentemente y son poco reconocidas, llegando a pensar que las maneras sutiles, veladas o comunes no son importantes. Se toman como algo normal, como si fuera un juego sin importancia (el común “No es para tanto”), pero el maltrato aniquila. Erróneamente se llega a pensar que se trata de un juego inofensivo, una manera de “llevarse”, de tener carácter.

Encontramos, por ejemplo, la exigencia desmedida de los padres. Es importante estar muy alerta para no confundir la excelencia con el maltrato, pues la exigencia extrema no ayuda al desarrollo intelectual exitoso, no asegura el éxito futuro ni la aceptación. En los espacios familiar, escolar, laboral, deportivo y cualquier otro, hacer bien las cosas siempre trae buenos resultados, pero aguantar de más es riesgoso. Moverte a donde no te guían tus registros no es bueno; se pierde el equilibrio, la capacidad de identificar la normalidad entre lo que puedes y no puedes hacer.

Otra modalidad de violencia muy común son los celos. De manera equívoca se confunden con interés y amor por la pareja, pero si pensarlo ya es grave, aceptarlo es perpetuar la existencia de violencia física y emocional. Existen datos que refuerzan la visión de violencia de género como algo aceptable: 88% de las mujeres jóvenes expresa que “no se puede decidir libremente si se quiere trabajar o estudiar sin tener en cuenta lo

que piensan los demás”, mientras que el 76% de los hombres jóvenes está de acuerdo con esta idea.⁵

En el modelo social mexicano, el abuso es frecuente y común, pero tristemente sabemos que se dirige más contra la mujer. Su sometimiento es culturalmente asimilado y fomentado. Por ejemplo, en estudiantes de nivel medio superior se encontró que 92% de las mujeres opina que “se debe obedecer a los hombres en todo lo que ordenen”, y 73% de los hombres está de acuerdo con esta situación, misma que perenniza el abuso, denigra toda posibilidad de libertad de elección por parte de las mujeres, así como de respeto básico por parte de los hombres, propiciando una dinámica de violencia de género. Pareciera que seguimos, ya no en el siglo XX, sino en el XIX: 74% de las mujeres opina que “la mujer, cuando se casa, debe dedicarse al hogar y a la crianza de sus hijos”, y esto no se plantea como opción, más bien como condición obligada, y 50% de los hombres coincide. Lo que es más, 90% de las mujeres y 80% de los hombres opinan que “las mujeres no tienen las mismas capacidades que ellos para ganar dinero”, y 66% de las mujeres y 47% de los hombres opinan que “ellos deben guiar, orientar y tomar la iniciativa en la relación”, lo que se traduce como dominio, poder, preferencia y libertad para el hombre, contrario a la sumisión, opresión y vulnerabilidad que existe para la mujer.⁶

ALGUNOS DATOS MUNDIALES⁷

- Una de cada tres mujeres han sido objeto de violencia en el mundo.
- En Francia, una mujer muere cada tres días por violencia de parte de su pareja.
- En los casos de violencia conyugal, 40% inicia en el primer embarazo.
- En algún momento de su vida, 7% de las mujeres será víctima de violación.
- El 86% de las violaciones o sus tentativas son perpetradas por personas cercanas.
- En el mundo, 720 millones de niñas son víctimas de matrimonios infantiles.
- Cerca de 130 millones de mujeres son víctimas de mutilaciones.
- La violencia es la principal causa de muerte para mujeres entre 15 y 44 años de edad, superior a las cifras de cáncer y accidentes de tránsito.
- En Colombia hubo 6 603 asesinatos de mujeres entre 2000 y 2008; 71% fue perpetrado por maridos y exmaridos. En Guatemala hubo casi 3 000 en 5 años y 94% quedó impune.⁸
- Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 40% de las mujeres latinoamericanas sufre violencia física y, en algunos países, 60% sufre violencia emocional.
- En México, 46.1% de las mujeres de 15 años en adelante sufren algún incidente de violencia por parte de su pareja (los porcentajes fluctúan entre 29.8% en Chiapas y 56.9% en el Estado de México). El 42.4% declaró haber recibido agresiones emocionales de su pareja, las cuales afectaron su salud mental y psicológica. El 24.5% recibió algún tipo de agresión destinada a controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos respecto a la forma en que dicho ingreso se gasta.⁹

No hay violencia pequeña, mediana o grande. Todo caso de agresión vulnera y daña irremediabilmente, y cualquiera es un problema mayor. Sin embargo, sí existen diferentes tipos de violencia respecto a su lugar de impacto:

- **La física.** Se ejerce sobre el cuerpo o sobre alguna de sus partes. Genera dolor eventual o permanente.
- **La psicológica.** Provoca sufrimiento, el cual describe Paul Ricoeur como “la experiencia humana más común y la más universal”,¹⁰ la incapacidad de reaccionar, quedarse inerte y solo en el interior, con efectos graves en la habilidad para aprender y relacionarse. El término sufrimiento ante el efecto de la violencia emocional se concentra en los afectos abiertos sobre la reflexividad: en el lenguaje, en la relación con uno mismo, en la relación con el otro, en el vínculo con los sentidos, en el cuestionamiento. Es claro que el sufrimiento sucede en la incapacidad de no poder ser como ser vivo, como figura activa. Cuando sufrimos, sucede un desgarramiento entre la inquietud por hablar y la imposibilidad de hacerlo. Ahí es donde comienza el espacio de la queja. La *queja*, reaccionar, dice Ricoeur, se exhala desde el fondo del cuerpo y llega al otro como demanda, como llamada de auxilio y, por ende, se vuelve necesaria para salir del aislamiento de la soledad propia, mientras que el dolor, resultado de la violencia física, permanece encerrado en el silencio de los órganos.¹¹
- **La económica.** Tiene muchas modalidades, desde usar el dinero para someter y abusar de otra persona, hasta usarlo para obtener alguno o muchos beneficios físicos o emocionales de alguien más, quien accede por conveniencia, presión o intimidación, pero siempre como parte de una relación inequitativa en alguna de sus formas.
- **La sexual.** Referente a las acciones asociadas con el acto sexual, donde igualmente sus efectos son nefastos al romper el espacio íntimo. Deja huellas permanentes que se guardan en el inconsciente como mecanismos de defensa psicológica. Es muy importante alertar para prevenir la violencia, lo que incluye hablar, pedir ayuda y no guardar silencio, enojarse, ofenderse, responder y denunciar. Esto es otra forma de prevenir que le suceda a alguien más, pero también sanar el acto de haber sido víctima.

Hay espacios importantes donde se suscita la violencia:

Pareja. El proceso natural de formar una pareja se vive como un momento de comunión y pruebas de lealtades, donde encontramos retos inmensos que fácilmente se pueden volver irreales; decir, por ejemplo, que “el amor lo puede todo”, generando un

compromiso ilimitado sin ninguna opción de salida o rescate, puede sonar muy noble, pero extralimita lo que es o puede ser una relación de pareja. En esta misma línea de conductas de riesgo se encuentra el común “yo lo o la voy a cambiar”, restando espontaneidad a la relación y la plasticidad que permite el cambio y el crecimiento mutuo.

En las relaciones de pareja, prometer es parte del proceso de descubrimiento y encuentro, incluso lleva a hacer planteamientos desmedidos como: “Todo lo voy a hacer por ti”, lo que nos hace entrar en modelos donde se olvida a la pareja en la propuesta y se queda uno de ellos con la labor aislada de hacer crecer la relación. Suena muy romántico “no puedo vivir sin ti” en el sentido de perder la razón y la orientación en el mundo, pero si este planteamiento se convierte en realidad, la propuesta se vuelve fatal. “Eres todo en mi vida” es otra idea en la que existe la renuncia de la voluntad, del diálogo, de la evolución de la relación emocional. Existen locuras aún mayores que ya presentan muestras claras y no veladas de violencia, como: “Te celo porque te amo”, mostrando una actitud de imposición y dominio que muy pronto se va a convertir en violencia directa embarrada de amor. La típica frase: “Los hombres no lloran” refuerza este modelo desigual, obligándolos a controlar sus emociones como si fuera una demostración de poder. Ambos roles generan inequidad de género y perpetúan las diferencias, padeciendo esta misma violencia, la que termina irremediablemente con la mujer como figura inferior.

Es preciso estar alertas y alertar a otros (una educación también referente al género) ante todo planteamiento que cierre las posibilidades de elegir y reflexionar o replantear las situaciones que nos eviten correr riesgos, sin importar la persona amada. Cuidarse es ofrecer una relación y un amor más sólidos y duraderos para ambas partes.

En la adolescencia, que hoy se clasifica como un gran estado de resiliencia, asociado con su gran plasticidad emocional,¹² observamos que este tipo de situaciones culturales son difíciles de modificar, y las mujeres y los hombres no pueden detener, cambiar o romper las relaciones de sometimiento y maltrato, arriesgándose a la violencia física y emocional que, como es de esperar, sólo incrementa los problemas.

Se nos ha enseñado un tipo de amor desigual. La familia, la escuela, el lenguaje, los juguetes, los libros, todo nuestro entorno nos enseña desde la infancia ciertos comportamientos y roles a asumir. Las niñas reciben muñecas, historias de princesas, ropa de color rosa, y se les dice que deben ser dulces, asustadizas y dependientes; al final, se les educa para convertirse en “un ser para otros”. Por otro lado, a los niños se les obsequian carritos y libros de aventuras, y al crecer les dicen que deben ser racionales, fuertes, rígidos y hasta insensibles; se les educa para convertirse en “un ser para sí”.¹³

La pobre, escasa y precaria educación emocional exige la capacidad de identificar las emociones propias y las del otro, tener empatía y actuar acorde, pues puede llevarnos a

pensar que incluso es ameno o divertido tratarse con palabras altisonantes, groserías, alburas, doble sentido, pellizcos, zapes, pequeños golpes en la espalda o incluso fuertes, demostrando superioridad física. Puedo afirmar que permitirlo es un error craso, fragiliza la relación al incluir la violencia, llevándola a explotar cuando se suma e incrementa la tensión emocional, y más aún si se suman otros estresores, como la presión familiar, escolar, laboral, económica o social, o precursores, como el tabaco, el alcohol y las drogas.

Todos hemos escuchado y vivido el hecho inobjetable de que nuestras relaciones “sacan lo mejor o lo peor de uno”. En el primer caso, uno está bien, y con el tiempo incluso se comparte un estado de bienestar. Pero también existen las relaciones tóxicas, las cuales interfieren con nuestra capacidad de estar bien. Es preciso tener cuidado con cualquier persona que uno conozca, sea familiar o amigo, y que genere estados de tensión o molestia, que no aporte buenos momentos. Si existe cualquier muestra de violencia, amerita un replanteamiento, detener la acción y señalar que no es una experiencia agradable. Habrá quienes reflexionen, se disculpen (punto crucial) y modifiquen su conducta (genial), pero si no sucede, es preciso salir de este entorno y pedir ayuda inmediatamente. No es posible esperar.

Sexualidad. Es importante señalar la posibilidad de que la sexualidad se vea aún como una acción cargada de culpa o de pecado, ya que puede abonar a situaciones donde se paga un alto precio, sobre todo para las mujeres. Sabemos por experiencia que al inicio de las relaciones de pareja se ponen en relieve esas prácticas de los roles de género que mencioné antes, así que debemos reconocer la importancia de las emociones, pues en un estado de salud emocional podremos expresar lo que no nos gusta, con lo que no estamos de acuerdo o detener en cualquier momento una secuencia incómoda o desagradable.

Algunas modalidades nuevas de relación deben tomarse con cuidado. Por ejemplo, los llamados *free*,¹⁴ donde el objetivo es puramente sexual, sin compromiso alguno. En nuestra experiencia, puede ser una “conducta de riesgo” al exponerse sexualmente sin conocer bien y a detalle a la pareja sexual (soltando una alerta sobre la sanidad y la responsabilidad sexual de la persona, el alto riesgo de transmisión de enfermedades de origen sexual), además de exentar obligadamente que exista una relación emocional que enriquezca.

Violentómetro

En la actualidad es muy importante el uso de instrumentos que nos ayuden a medir nuestras conductas. Existen dos tipos principales, los de “observación”, donde un tercero

anota y evalúa nuestra conducta, y los “autoaplicables”, donde nos cuestionamos nosotros mismos para descubrir uno o varios rasgos de nuestro modelo de ser o de reaccionar a partir de pruebas validadas científicamente. El *violentómetro* es uno de los mejores instrumentos que puedes aplicar en tu persona y tus situaciones.

Es una iniciativa mexicana ejemplar generada en 2009 por el Instituto Politécnico Nacional, a partir de un interesante programa de estudios de género iniciado en 2007.¹⁵ Sirve para identificar la violencia en las relaciones con cierta tendencia al maltrato. Debemos poder extraer las conductas de riesgo desde el primer momento. El *violentómetro* define y alerta a partir de un gradiente de conductas de riesgo enumeradas, señalando específicamente un tipo de conducta, como la primera: “Bromas hirientes”, que ya se considera una acción de violencia, hasta el último número: “Muerte”. Será mejor preguntarnos cuántas de ellas hemos llevado a cabo o si hemos sido blanco de alguna.

VIOLENTÓMETRO		
¡TEN CUIDADO! LA VIOLENCIA AUMENTARÁ	Bromas hirientes	0
	Chantajear	1
	Mentir y engañar	2
	Ignorar/ley del hielo	3
	Celar	4
	Culpabilizar	5
	Descalificar	6
	Ridiculizar/ofender	7
	Humillar en público	8
	Intimidar/amenazar	9
	Controlar/prohibir (amistades, familiares, dinero, lugares, vestimenta, apariencia, actividades, correo, celulares, etcétera.)	10 11
¡REACCIONA! NO TE DEJES DESTRUIR	Destruir artículos personales	12
	Manosear	13
	Caricias agresivas	14
	Golpear "jugando"	15
	Pellizcar/arañar	16
	Empujar/jalonear	17
	Cachetear	18
	Patear	19
	Encerrar/aislar	20
NECESITA AYUDA PROFESIONAL	Amenazar con objetos o armas	21 22
	Amenazar de muerte	23 24
	Forzar a una relación sexual	25 26
	Abuso sexual	27
	Violar	28
	Mutilar	29
ASESINAR		30

“La violencia se previene con hechos, no con palabras”, decía mi padre. Y es atinado retomar esa frase para nuestro objetivo. No aceptar, promover ni crear violencia es la única manera de prevenirla. No hay gradiente, todo es destrucción desde el primer paso. Necesitamos observar todas nuestras relaciones, parejas, amigos, compañeros de escuela o de trabajo, nuestra familia entera y cualquier persona cercana, sin que esté implícito un vínculo emocional. Debemos distinguir cualquier comentario o insinuación, toda conducta que evoque la sospecha de una posible violencia, dado que por lo general son

conductas cotidianas que podríamos no considerar graves, aunque rompan el lazo de la representación que nos permite funcionar mentalmente, vivir y relacionarnos en sociedad.

Aunque sean situaciones frecuentes en la sociedad mexicana, son graves y deben parar. Las treinta conductas tienen efectos nocivos para el desarrollo emocional en todos los momentos del ciclo vital, sea con niños, adolescentes, adultos o adultos mayores. Por eso debemos preocuparnos también si las aceptamos, fomentamos o callamos, si somos cómplices de la violencia al no señalarla y detenerla.

Es importante que al ver aparecer alguna de las siguientes, provenientes de cualquier persona, suene la alarma dentro de ti, pongas un alto y pidas ayuda.

La primera parte implica *cuidado*. Te recomiendo pedir ayuda a tus amigos, familia y conocidos ante cualquier muestra de violencia, aun en el campo cero, ya que es el inicio de una cadena que no podrás detener después. No sientas pena por ser objeto de maltrato o porque la otra persona sea violenta, y no minimices el hecho porque no sea algo constante. No lo permitas por ti:

0. **Bromas hirientes.** De cualquier tipo, por mínima o poco hiriente que pudiera ser. Si te incomoda, es incómoda. Si no te hace reír, es desagradable. Es así de simple.
1. **Chantajear.** Todo tipo de amenaza, aunque parezca pequeña, pone en peligro tu libertad y limita tu elección.
2. **Mentir/engañar.** Te quitan la posibilidad de saber la verdad y poder elegir a partir de ella. Al decidir con ojos tapados y oídos cerrados es imposible atinar en tu beneficio.
3. **Ignorar/ley del hielo.** Parece que se trata de un juego, pero es un acto violento, que aísla y deja solo de manera involuntaria. Es importante detenerse y romper ese hielo hablando y señalando que se trata de un acto violento.
4. **Celar.** Tal vez quiera aparentar un tipo de expresión emocional o amorosa intensa, pero no lo es. Los celos enferman toda relación de amistad, emocional o de pareja.
5. **Culpabilizar.** Buscar responsables siempre es riesgoso si uno mismo no es parte de la pesquisa, y más cuando es tendenciosa y se señala a alguien como el culpable. Es cuestión de preguntar pero, una vez aclarado el punto, no debemos permitir que se nos señale ni señalar a otros.
6. **Descalificar.** Con mucha frecuencia aparecen comentarios ligeros, pero inmensamente pesados, que conllevan una crítica. Nos limitan y pueden terminar incluso con nuestras relaciones.
7. **Ridiculizar/ofender.** Podrá parecer una broma o un juego, pero no lo es. No se debe permitir ni hacer.
8. **Humillar en público.** Es una versión más grave de lo anterior, valiéndose de la

preocupación por la imagen, de la vulnerabilidad o debilidad por cualquier cuestión. Se busca el apoyo de otros, perpetuando la sociedad que acepta y condona la violencia.

9. **Intimidar/amenazar.** Conforme avanzan los números, la gravedad se incrementa. Las amenazas intensas y frecuentes tienen efectos a todos niveles, físicos, emocionales, familiares y sociales.
- 10 y 11. **Controlar/prohibir** (*amistades, familiares, dinero, lugares, vestimenta, apariencia, actividades, correos, celulares, etcétera*). Una de las constantes de la violencia es que busca aislar y limitar. La libertad es un derecho inalienable de todo ser humano y que alguien quiera llevarte en dirección contraria es un acto de violencia terrible, aunque parezca un juego o se quiera hacer pasar por protección.

La siguiente parte requiere que reacciones ya. Pedir ayuda se vuelve urgente porque la violencia empeora y comienza a comprometer tu integridad física:

12. **Destruir artículos personales.** Que alguien llegue a tocar de manera destructiva tus objetos es dañarte, es atacar tu persona a través de tus posesiones, sean queridas o no. Siempre son actos violentos que intentan destruir tus huellas de vida en tiempos anteriores.
13. **Manosear.** Necesitas poder cuidar, cultivar y proteger tu cuerpo desde que naces, y toda aproximación a él debe de ser con tu venia.
14. **Caricias agresivas.** Los juegos, cuando son mutuos, son divertidos, hacen reír y permiten ampliar y fortalecer las relaciones, pero algo agresivo no propicia el desarrollo de ningún rasgo personal ni social. No creas que existen las “caricias” agresivas, son agresiones físicas de baja intensidad que van a dañar y pronto se traducirán en dolor.
15. **Golpear jugando.** Los juegos no lastiman, los juegos divierten y nos hacen poder ampliar nuestra imaginación, intuición y gusto. Los golpes no son un juego, son violencia pura que está afectando tu estabilidad al tocar de manera dañina cualquier parte de tu cuerpo.
16. **Pellizcar/arañar.** Son pequeñas pero graves señales de violencia sobre alguna o varias partes de tu cuerpo. Incluso si tú llegas a hacértelo a ti mismo, por la razón que sea, pide ayuda y sal de ese episodio destructivo.
17. **Empujar/jalonear.** Hay mil maneras de poder llamar nuestra atención, pero ninguna de estas dos es positiva.
18. **Cachetear.** Es una grave señal de ataque a tu persona y a tu cuerpo. La cara es una parte muy preciada de nuestra persona, así que no hay manera de que sea un error. Es una falta grave de respeto que señala cuánto se ha incrementado la violencia. Ya

es intolerable.

19. **Patear.** Muestras graves y primitivas de violencia. Se trata de algo muy ofensivo y violento.

20. **Encerrar/aislar.** Es una falta penada por la ley e implica cárcel. Pide ayuda.

La última parte requiere ayuda profesional, legal, de salud y policíaca. Es en extremo urgente pedir la ayuda de algún profesional de la salud, al igual que de tus amigos y familiares. Eres ya objeto de violencia grave y potencialmente fatal.

21 y 22. **Amenazas con objetos o armas.** Entramos en situaciones que podrían ser impensables, pero desgraciadamente suceden, y están ya fuera de control. La amenaza física es muy grave al haber dejado escalar la frecuencia e intensidad de la violencia. Pide ayuda a los servicios de urgencia, a la policía.

23 y 24. **Amenazar de muerte.** Ya no existe límite alguno y ahora está en riesgo la vida. Su desenlace puede ser fatal. Pide ayuda a los servicios de urgencia, a la policía.

25 y 26. **Forzar a una relación sexual.** La violencia que involucra nuestra intimidad física y emocional, como la sexual, es altamente grave.

27. **Abuso sexual.** Se debe prevenir, pero en caso de que haya sucedido la tragedia, pide ayuda psicológica, médica y legal.

28. **Violar.** Entrar a la intimidad sin permiso es muy grave y debe verse siempre como un ataque a la integridad humana. Pide ayuda psicológica, médica y legal.

29. **Mutilar.** La violencia sí llega a escalar hasta este nivel. Perder el control a este grado es más frecuente de lo que podrías imaginar. Pide ayuda psicológica, médica y legal.

30. **Asesinar.** No necesita explicación, pero señala la dimensión peligrosa e irremediable de la violencia.

Las personas tóxicas impiden *estar bien* desde el instante uno, aunque no se les dé importancia o se registre. Sin lugar a dudas van a frenar nuestro crecimiento y desarrollo, o el de nuestros seres queridos, limitando seriamente el bienestar en nosotros, en la familia y con los amigos. Es importante poner un alto ante cualquier persona tóxica y violenta, sugerirle que pida ayuda y alejarnos. Si no nos creemos capaces de hacerlo, debemos sospechar que padecemos algún tipo de enfermedad emocional, que nuestra relación se ha vuelto de “codependencia”, por lo que no podemos poner límites o terminar una relación emocional destructiva. Es momento de pedir ayuda psicológica, porque es todavía más peligroso que te acostumbres a vivir así.

No adicciones

La realidad de la epidemia de adicción a los opiáceos es preocupante: hubo más de 74 000 muertes por consumo del fentanilo en 2017, en Estados Unidos. Fue más letal que el VIH, los accidentes de tránsito o el uso de armas de fuego.¹⁶ También sabemos que los TCA son conductas de riesgo para adicciones y viceversa.¹⁷ Los padres adictos son igualmente reflejo de la alta morbilidad psiquiátrica, otro factor de riesgo para padecer un TCA.¹⁸

Estamos en una época en la que no se prohíbe nada, como si todo fuera posible, accesible y benéfico. Es una característica peligrosa de este siglo XXI pensar en la posibilidad de explorar todo en cualquier momento, que no debemos temerle a nada ni cuidarnos de algunas cosas. Al igual que la violencia, toda droga es un acto violento hacia nuestro cuerpo y el de otros, ya que, conforme pasa el tiempo, tendrá más impacto a nivel personal, familiar y social. No existen drogas leves, todas son destructivas y nefastas, y siempre dejan efectos nocivos, físicos, emocionales, familiares y sociales.

Así como no debemos permitir que el *violentómetro* se mueva ni un milímetro, sucede lo mismo con las drogas, con cualquier persona cercana que consuma algún tipo de droga, sea una relación personal o de alguno de mis seres queridos, no importa si es tabaco, alcohol, marihuana u otras. (Y muchas veces van de la mano, ya que el uso de sustancias altera nuestra conciencia, nuestras reacciones y los registros de límites, emociones y empatía, promoviendo la violencia.) Si eres padre, recuerda que, como adultos, somos los modelos de nuestros hijos, pero también lo son nuestros amigos. Es importante ser selectivos con quienes nos llevamos y con quienes invitamos a nuestra vida.

Lo grave de toda droga es precisamente su poder adictivo: genera dependencia, tolerancia (cada vez necesitamos más para tener el mismo efecto) y, finalmente, adicción. Dado el gran número de personas adictas, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos definió así la adicción: “Una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas”.¹⁹

Todas las sustancias que se han convertido en una “necesidad” para la humanidad han prometido ser un instrumento ideal y mágico para manejar la tensión física, mental,

familiar o social, pero en realidad puede provocar ansiedad, angustia y depresión. Es un sueño histórico tener algo que me asegure la tranquilidad permanente. Por ello es vital la educación emocional desde el nacimiento, que podamos comprender nuestros estados emocionales y físicos.

Las drogas generan estados de satisfacción elevado, algunas en bajas dosis y otras en dosis mayores, pero todas actúan sobre ciertos neurotransmisores encargados del registro cerebral del placer, como la dopamina, la endorfina, la oxitocina y la serotonina, por lo que muchos adictos utilizan varios tipos de drogas buscando multiplicar sus efectos y creando un terrible deterioro neurológico. Recuerda, al igual que la violencia, no hay drogas menos o más malas.

En ciertas edades, principalmente durante la adolescencia, se debe aprender a decir que no, sin creer que acabaremos sin amigos, pues con frecuencia se cae en esto por buscar la aceptación del grupo de pares en el que se consume algún tipo de droga, o varias, pensando que se crece y se gana respeto. No olvides que infringirte violencia a través de cualquier droga debilita física y emocionalmente tu persona. El consumo de drogas altera tus sentidos, te pone en riesgo, desequilibra tu desarrollo neurológico, emocional, educativo, laboral y profesional, y además propicia o facilita el desarrollo de severos trastornos psiquiátricos.²⁰

Los datos recabados en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Encodat)²¹ muestran el grave problema que enfrentamos en México:

	Total	Hombres	Mujeres
Alcohol (alguna vez)	71%	80.1%	62.6%
Alcohol (consumo excesivo)	16.8 millones 19.8%	12.2 millones 29.9%	4.5 millones 10.3%
Alcohol (posible dependencia)	1.8 millones 2.2%	1.6 millones 3.9%	264 mil 0.6%
Tabaco (fumadores activos)	17.6 millones 20.8%	12.8 millones 31.4%	4.8 millones 10.9%
Drogas ilegales (alguna vez en la vida)	8.4 millones 9.9%	6.4 millones 15.8%	1.9 millones 4.3%
Marihuana (alguna vez en la vida)	7.3 millones 8.6%	5.7 millones 14%	1.6 millones 3.7%

Fuente: Encodat 2016-2017.²²

Drogas legales

Al leer las encuestas sobre drogas en México y ver un rubro titulado “Drogas legales”, me parece una definición muy mala porque insinúa que se pone la ley de su lado, dando la apariencia de que no son dañinas. Nunca debemos perder de vista que todas las drogas son peligrosas por sus efectos físicos y emocionales nocivos; nos alejan del registro de la realidad en mayor o menor medida, pero siempre con efectos dañinos e incluso letales. Aun así, alumnos de quinto y sexto de primaria, con una edad promedio de 13 años, ya reportan haber consumido alcohol (53%), otros dicen ser bebedores en exceso (14.5%), consumen tabaco (30.4%) marihuana (10.6%) y otras drogas (17.5%).²³

Cualquier persona que quiera consumir drogas, experimentar “algo diferente”, sentirse parte, debería comenzar por ir con un grupo de expertos para que le expliquen sus efectos a todos niveles, así como sus repercusiones. La pérdida de control también dispara el problema físico de sobrepeso y obesidad, ya que se incrementa la ingesta de calorías, algo comúnmente asociado con el consumo de marihuana y alcohol, pero el tabaco también altera los horarios de comida.

Alateen o Al-anon son grupos de adolescentes y familias que han sufrido los efectos letales de adicciones de todo tipo, y pueden explicarnos y darnos datos duros, reales, de los efectos de las drogas en personas que juraban que sólo era un juego o una aventura temporal.²⁴ Si sospechas que algún familiar o conocido padece alguna adicción, busca ayuda. Su trastorno adictivo no responde a las leyes de la lógica y pudo haber perdido contacto con la realidad, no ver los efectos de su adicción. Puedes pedir ayuda en la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic),²⁵ lo mismo que en la red de Alcohólicos Anónimos (AA) en México,²⁶ el mejor modelo para el manejo de adicción.

Cuando se trata de drogas se corre el riesgo de no poder dejarlas y muchos de sus daños son irreversibles. Sus efectos pueden provocar trastornos mentales graves, como depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación, sin olvidar el sobrepeso y la obesidad, así como un gran número de cánceres secundarios a las adicciones: pulmonar, gástrico, hepático, pancreático, etcétera.

Otro de los efectos de no estar en pleno uso de las facultades mentales es que los adictos tienen mayor riesgo de padecer y adquirir infecciones de todo tipo, destacando las de transmisión sexual, como hepatitis C, VIH y sida, ya sea por contacto sexual, intercambio de sangre y fluidos corporales, uso de jeringas o incluso a través de la leche materna.²⁷

En la sociedad actual, dentro del ambiente obesogénico, el consumo de drogas está incluido como un acto normal, volviéndose un caos donde todo se enreda y las conductas violentas conviven con las conductas alimentarias desordenadas y abusivas, sin ningún tipo de alerta a los niños y adolescentes, creyendo que se triunfa por ser “grandes” o por

infringir los límites, o que se le gana a la sociedad de la censura, sin saber que se vuelven esclavos de todo el sistema irreflexivo e inmenso de la sociedad de consumo.

Alcohol

Tenemos que terminar con una idea muy común en México: educar a la gente a consumir alcohol. Sería mejor cambiarla por la de *no es necesario enseñar a tomar*, es peligroso. El consumo de alcohol se asocia con las relaciones sociales, creyendo que las mejora. Observamos con frecuencia a los padres, principalmente al hombre, que en afán de educar socialmente a la hija o al hijo les sirven alguna bebida alcohólica para que sepan medirse y controlarla, desconociendo sus efectos nocivos. Creen que los protege de algo, pero en realidad los están acercando a algo muy malo.

Otro modelo de educación que sí propicia el desarrollo familiar es el de la educación emocional: promover la inteligencia emocional que disminuya el riesgo de ingesta alcohólica y de tabaco en los adolescentes.²⁸ Es inmenso el porcentaje de usuarios de alcohol en México: 71% refiere haberlo probado alguna vez, y más los hombres, con 80.1%, frente a 62.6% de las mujeres.²⁹

Es importante comprender que, junto con el ambiente obesogénico, la ingesta de alcohol es un disparador de la pérdida de control. Opaca los registros emocionales del hambre y la saciedad, y provoca una elevada ingesta calórica. Es el origen silencioso del sobrepeso y la obesidad. Encontramos el resultado de esta terrible combinación en el “hígado graso”,³⁰ lesión secundaria del alcoholismo, pero también de la obesidad,³¹ y hoy es la causa principal que evoluciona a malignidad y requiere el complejo trasplante de hígado.

El alcohol también se vincula con el grave problema de los accidentes. Son muy frecuentes las muertes y accidentes de tránsito, y México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En México, en las noches de jueves a sábado se movilizan alrededor de 200 000 conductores bajo los efectos del alcohol, motivo por el cual mueren anualmente 24 000 personas.³²

Existe asimismo una asociación peligrosa entre el estrés, la obesidad y la ingesta de alcohol y tabaco.³³ Es sabido que los amantes del consumo de alcohol, incluyendo a los adictos, presentan serios problemas para manejar el estrés y la presión social. Si no es suficiente pensar en el riesgo personal y social del consumo, abuso y adicción al alcohol, considera que el peso genético a padecerlo es real y se suma a la carga genética como padecimiento psiquiátrico.³⁴

Sabemos que, en lo que respecta a la ansiedad y a las situaciones de estrés, existe el riesgo de utilizar la alimentación como escape, pero también se recurre al alcohol como

relajante, en lugar de una técnica verdadera de relajación, como la respiración, la plática, el yoga, el ejercicio, las caminatas en familia o con amigos, etcétera, por lo que se convierte en una grave conducta de riesgo.

La adicción al alcohol suele causar mucha vergüenza, tanta que se prefiere ocultar, pero en sí mismo el sufrimiento es aislamiento y silencio, así que deberíamos abrir el tema, saber que tropezar es parte de la naturaleza humana y saber transmitirlo a los seres queridos.

Tabaco

Se trata de la droga con mayor índice adictivo. Genera una necesidad física en muy poco tiempo y con poca sustancia inhalada. La nicotina que contiene el tabaco es la principal sustancia que genera adicción, sea fumado, masticado o aspirado. Existe un gran riesgo de que la persona que lo prueba sólo para “ver qué tal”, “a ver a qué sabe”, quede enganchada y sufra la larga lista de problemas físicos y emocionales a corto, mediano y largo plazo, además de tener un aliento que “escupe fuego”. Su efecto en el cerebro libera adrenalina y aumenta los niveles de dopamina, además de generar cáncer pulmonar, bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, leucemia, cataratas, neumonía y cáncer de boca. Considera que el fumador pasivo también puede desarrollar cáncer pulmonar, bronquitis crónica, enfisema y EPOC.³⁵

A pesar de esto, nos podemos ir de boca con los resultados de la Encodat:³⁶ 21% de los mexicanos son fumadores activos, el equivalente a casi 18 millones entre 12 y 65 años de edad, sumando cerca de 14 millones de hombres y casi 5 millones de mujeres. Y no olvidemos que muchos de los actuales fumadores fueron fumadores pasivos, sobre todo durante su niñez o adolescencia.

Es cierto que cada año millones de personas intentan dejar de fumar, pero 85% recaen antes de una semana.³⁷ Algunos adultos dicen que los cigarros electrónicos les sirvieron un poco, pero se recomienda un manejo supervisado por un médico. Como producto de iniciación, en cambio, son muy peligrosos, dado que la nicotina es su sustancia principal, así que no se sugiere la autorización a menores.³⁸

Inhalantes

El uso de inhalantes es muy frecuente en menores de edad por su bajo costo y el pobre control de venta de los productos: pegamentos, aerosoles, líquidos de limpieza, gasolina,

pinturas, etcétera. Todos contienen sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar por la boca y la nariz, generando efectos psicoactivos y alterando la conciencia y el registro de los sentidos.

Entre sus efectos se encuentran la falta de coordinación, espasmos, euforia, mareos y alucinaciones, con efectos colaterales como daño renal y hepático, y desarrollo retardado. Con frecuencia se puede caer en sobredosis, las cuales provocan convulsiones y problemas cardíacos serios, pero el consumo en sí mismo tiene un daño considerable e irreversible a nivel cerebral.

Drogas ilegales

Todas las drogas son letales porque matan distintas partes del funcionamiento físico, mental, familiar y social, aunado a que el consumo de una suele dar pie al consumo de otras. Esta clase de drogas sí son perseguidas por la ley: cocaína, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, entre otros, los cuales alteran de manera importante la conciencia y generan una ruptura con el contacto de la realidad, sin mencionar el deterioro y las lesiones irreversibles neurológicas, psicológicas, intelectuales y sociales.

En la Encodtat encontramos que 8.3 millones de mexicanos las han consumido al menos una vez, sobre todo hombres, sumando 6.4 millones, y 1.9 millones de mujeres. Juntos representan un universo inmenso de población enferma.³⁹

Marihuana⁴⁰

Es una de las drogas que alteran la percepción, los pensamientos y los sentimientos. La marihuana ha sido objeto de una publicidad peligrosa al hacer creer a la población que es menos dañina que el tabaco, como si ése pudiera ser un argumento válido, incluso si fuera cierto, pero no lo es. En Estados Unidos es la droga de mayor consumo, y gracias a las redes sociales parece como una actividad de tipo recreativa, confundiendo a los adolescentes sobre sus efectos nocivos.

La planta, ya sea *cannabis sativa* o *indica*, contiene una sustancia química llamada tetrahidrocannabinol (THC), que provoca alteraciones mentales al pasar inmediatamente hacia los pulmones y en cuestión de minutos a la sangre, atacando el organismo. Si es por vía oral, sucede rápido también y su efecto es más prolongado.

Actúa en regiones asociadas al desarrollo y el funcionamiento cerebral. Estimula áreas cerebrales que generan alteración en los sentidos, de la percepción, del estado de ánimo, de la movilidad, produciendo dificultad para pensar y resolver problemas,

disminución de memoria y, en algunas personas, alucinaciones, delirio y psicosis.⁴¹

Con frecuencia, después de consumir marihuana se dan atracones alimentarios sin ningún registro del hambre y mucho menos de la saciedad, semejantes al trastorno por atracón, por lo que muchos consumidores de marihuana presentan sobrepeso y obesidad.⁴²

Con frecuencia escuchamos comentarios positivos acerca de un uso tópico y su efecto desinflamante o reductor del dolor, lo cual es aceptable, pero siempre se señala que debe ser con supervisión médica para no correr riesgos. El problema viene cuando estos comentarios y concepciones sociales se generalizan al grado de decir que no es dañina, autorizando su consumo. Es importante estar conscientes de que existe evidencia científica de los graves efectos secundarios que tiene en el desarrollo del cerebro.⁴³ Cuando su consumo inicia en la adolescencia,⁴⁴ como es frecuente, se reduce la capacidad de pensar, recordar y aprender de manera permanente, de ahí que todos conozcamos a gente asidua a la marihuana que parece muy relajada, lenta y con serias dificultades personales, familiares y sociales, llegando a perder hasta ocho puntos de coeficiente intelectual.⁴⁵

Habrà que estar muy alertas ante la próxima legalización de la marihuana en México porque habrá un peligroso incremento de consumo y oferta, factor de riesgo para todos. Podría hacer creer que su uso es normal, pero ninguna droga debería considerarse dentro de la normalidad ni lo realmente beneficioso para los seres humanos.

Cocaína⁴⁶

En México, la Encodat⁴⁷ reportó un incremento en su consumo, pasando de 3.3 a 3.5% del total de la población entre 1 y 65 años. La evidencia señala que es altamente adictiva, hecha a partir de los componentes activos de la planta de coca, originaria de América del Sur. Con frecuencia se adultera también, pues los vendedores, delincuentes que son, le agregan sustancias blancas para obtener mayores ganancias, por lo general almidón y harina, además de otras sustancias, como anfetaminas, para incrementar sus efectos estimulantes y su poder adictivo.

Se administra de diferentes maneras para su asimilación por las mucosas (sea a través de la nariz, la lengua, las encías o disuelta en agua), mezclada con heroína vía intravenosa o fumada, como el llamado *crack*. Su efecto es resultado del incremento del neurotransmisor de la dopamina en el cerebro, provocando náusea, incremento de la frecuencia cardíaca, sensación de alegría y energía, irritabilidad, paranoia, hemorragia nasal y problemas intestinales graves. Se rompe el contacto con la realidad y la capacidad de juicio. Se multiplican los riesgos de distintas situaciones peligrosas, por

ejemplo, accidentes de todo tipo, contraer enfermedades de transmisión sexual o por intercambio de líquidos vitales y sangre, trastornos psiquiátricos, como paranoia y alucinaciones auditivas, paro cardíaco y muerte.

Heroína⁴⁸

Proviene del opio y se elabora a partir de la morfina, de las semillas de la planta de la amapola. Los vendedores de droga mezclan la heroína con cocaína, la llamada *speedball* o “bola rápida”, para incrementar el efecto estimulante. Al ingresar al cerebro se fija en los receptores opioides, en regiones responsables del dolor y el placer, del ritmo cardíaco, el sueño y la respiración. Provoca euforia, acompañada principalmente de resequedad bucal, sensación de pesadez en brazos y piernas, y alteración de las facultades mentales. Pero también incrementa los problemas vasculares, como colapso venoso, infección de las válvulas y el corazón, problemas pulmonares y abscesos. Considera que el uso abusivo de analgésicos de origen opioide incrementa el riesgo de adicción, como vemos en la epidemia que vive Estados Unidos.

Metanfetamina⁴⁹

Su efecto es estimulante, semejante a las anfetaminas, y es altamente adictiva. Su presentación es en píldoras, polvo blanco y amargo, o cristales blanco-azulados. Se consume inhalada, fumada, aspirada o inyectada. Incrementa la cantidad de dopamina cerebral, neurotransmisor asociado con las funciones de movimiento corporal, motivación, placer y satisfacción. Incrementa el estado de alerta, la actividad física, la presión arterial y la temperatura corporal, pero disminuye el apetito. Hay evidencia de que incrementa el riesgo a contraer enfermedades de transmisión sanguínea por el uso de jeringas, así como problemas dentales graves, lesiones dermatológicas (porque provoca mucha comezón) y paranoia.

Alucinógenos⁵⁰

Se ingieren vía oral, inhalados, fumados o a través de las mucosas. Causan alucinaciones, sensaciones o visiones irreales, y pueden provocar una pérdida de control o desconexión del cuerpo y del mundo en sí. Alteran el cerebro, lo que se manifiesta en trastornos de ánimo, percepción, sueño, temperatura, dolor y memoria, e incluso pueden

generar psicosis con el consumo prolongado.

El desarrollo humano

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUP) identificó desde los años noventa tres indicadores de desarrollo para los Estados y la población, proponiendo el Índice de Desarrollo Humano (IDH):⁵¹ salud-educación-empleo. Debemos tener claros los tres puntos y entrelazarlos de manera permanente para generar bienestar. Es un modelo fundamental que a la vez sirve como indicador del índice de desarrollo personal.

La OMS sugirió que, para poder vivir mejor, necesitamos poder recibir educación que incluya desarrollar las diez habilidades de vida:⁵²

1. Autoconocimiento
2. Empatía
3. Comunicación asertiva
4. Relaciones interpersonales
5. Toma de decisiones
6. Manejo de problemas y conflictos
7. Pensamiento creativo
8. Pensamiento crítico
9. Manejo de emociones y sentimientos
10. Manejo de tensiones y estrés

Éstas deben complementarse, cruzarse con las de nuestro perfil técnico o profesional en la *formación profesional continua*⁵³ para lograr el desarrollo humano justo para cada uno de nosotros y nuestra familia.

El Foro Económico Mundial (FEM)⁵⁴ señala además diez habilidades laborales para el futuro, las cuales debemos desarrollar desde casa, en la escuela y dentro de nuestros grupos de amigos para estar capacitados para enfrentar este mundo maravilloso y su sociedad global de consumo:

1. Solución de problemas complejos
2. Pensamiento crítico
3. Creatividad
4. Manejo de grupos de trabajo
5. Coordinación con otros
6. Inteligencia emocional

7. Buen juicio y toma de decisiones
8. Orientación hacia el servicio
9. Negociación
10. Flexibilidad de aprendizaje

Este enfoque de desarrollo humano nos ayuda a poder trascender, a nivel personal y familiar, de la sociedad de la información a la del conocimiento,⁵⁵ situando éste en el centro de la producción de la riqueza. La UNESCO puntualiza e insiste en el acceso a la información para todos, la libertad de expresión y la diversidad lingüística con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y debe ser también una prioridad personal de todos y que se minimice la *fractura digital* y *generacional*, es decir, incluir abuelos y tíos mayores para que se beneficien de los grandes contenidos sobre salud, educación, turismo, ciencia, tecnología, etcétera, llevándolos también hacia la cuarta revolución industrial. Así pasaremos de la sociedad del conocimiento a la sociedad empresarial y de empleo.

De los objetivos de desarrollo del milenio a los objetivos de desarrollo sostenible

En el año 2000, la OMS lanzó una estrategia global donde convoca a todos los gobiernos a poner atención urgente en la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) después de descubrir sus graves efectos y la poca atención que dan los Estados al tema.⁵⁶ Hacia 2002, el mundo se volvió consciente del peso de las ECNT en la salud⁵⁷ y comenzó la promoción de la “prevención” de la obesidad, buscando alertar a la población del riesgo de no tener hábitos saludables,⁵⁸ de no adherirse a sus tratamientos—una buena alimentación y actividad física, no sólo tomar medicinas—, disparando el riesgo de convertirse en un “paciente crónico”.⁵⁹ Sabemos que en los países desarrollados, 50% se adhiere al tratamiento, y en países como el nuestro el porcentaje es muy bajo, ya que solamente 25% sigue las indicaciones médicas y regresa al tratamiento.⁶⁰ En 2003, la OMS se percató de esto y constituyó un grupo internacional de especialistas en actividad física para generar recomendaciones.⁶¹ Como consecuencia, en 2004 se aprobó la Estrategia Global sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

Para 2007, se incluyó específicamente, y por primera vez, a los ministros de salud⁶² y señalaron la amenaza de la diabetes mellitus como un efecto secundario grave del sobrepeso y la obesidad.⁶³ Posteriormente, en 2010, se vio la necesidad de trabajar en la investigación de las ECNT y la obesidad, y en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS surgió la estrategia para la investigación de la salud.⁶⁴ Ese mismo año México tuvo un liderazgo regional importante en la Quinta Reunión de la Consulta Colectiva de las ONG sobre Educación para Todos, ya que fue el primer país en América que implementó un programa nacional con estrategias específicas y exitosas:⁶⁵ 5 Pasos por tu Salud y la formación del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Conacro).

Como podemos ver en esta secuencia, el mundo estaba despertando y veía con ojos de sorpresa cómo se disparaban las proyecciones de sobrepeso y obesidad a nivel global, implicando una grave amenaza a la salud de las personas, las familias y los Estados.

En 2015 se cumplió el periodo límite para alcanzar los ocho objetivos del milenio que propuso la ONU desde el año 2000, durante la llamada Cumbre del Milenio.⁶⁶ Como uno de los programas globales más importantes en la historia de la humanidad, involucra desde la reducción de la pobreza y detener la epidemia del VIH/sida, hasta lograr la enseñanza básica universal:



Fuente: ONU, “Objetivos de desarrollo del milenio”.⁶⁷

1. **Erradicar la pobreza extrema y el hambre.**⁶⁸ Sigue siendo una necesidad y desgraciadamente una urgencia ante la injusticia social grave que se vive en México y muchos países con desarrollo inequitativo. El hambre sigue siendo el primer problema de la humanidad, y en cuanto a la pobreza, en México el avance fue escueto: el desempeño del producto interno bruto por persona no fue bueno en general, lo que indica que uno de los problemas estructurales más graves de la economía mexicana es la baja productividad. Los estados que menor avance tuvieron en esta meta fueron Chiapas, Oaxaca y Guerrero.
2. **Lograr la enseñanza primaria universal.**⁶⁹ De acuerdo con el informe de la UNESCO en 2016, México tendrá primaria universal hasta 2035, secundaria hasta 2060 y preparatoria universal hasta 2100. El informe también indicó que, de manera general en América Latina y el Caribe, la enseñanza primaria universal será una realidad hasta 2042, mientras que la terminación del primer ciclo de secundaria será hasta 2066 y la del segundo ciclo de secundaria quedaría para 2095. Destaca que en el documento no existe un rubro acerca de la capacitación o inteligencia emocional, sin lo cual los conocimientos no mantienen su permanencia. Sin embargo, y por fortuna, sí está incluida en los cuatro pilares del desarrollo de la primera infancia, donde se señalan cuatro áreas principales: función ejecutiva, *desarrollo social y emocional*, desarrollo motor y alfabetización.

Las instituciones están muy preocupadas por la dimensión intelectual y sólo ligeramente atentas a la emocional como un complemento, pero no como estructura, y lo justifican al referir la gran competencia laboral actual. Aun así, lo emocional es lo que nos dará la diferencia cualitativa. Por eso nos toca a los ciudadanos rescatarla, tenerla bien situada en nuestra vida diaria y darle una utilidad personal, social y económica desde temprano.

3. **Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.**⁷⁰ Afortunadamente, el tema de género es prioridad. En especial, buscar y luchar por la igualdad, que sigue siendo precaria en todas las sociedades. ONU Mujeres reporta que la paridad entre géneros está a punto de alcanzarse en la enseñanza primaria, aunque sólo dos de 130 países alcanzaron esa meta en todos los niveles educativos. Sin embargo, la realidad es que seguimos muy lejos de la igualdad: por ejemplo, en octubre de 2013 las mujeres constituían 21.8% de los miembros en las cámaras bajas, diputaciones o cámaras únicas, y 19.4% de los senados o cámaras altas, en comparación con 12 y 10.1%, respectivamente, en enero de 1997, lo cual habla de un cambio muy lento en 15 años.

La propuesta de la educación emocional es fundamental, ya que muchos de los miedos o silencios por inseguridad (provocados por violencia en la mayoría de los casos) detienen el desarrollo personal, tanto en estados como en necesidades emocionales, y aproximarnos a la equidad, lejos de la educación que privilegia lo masculino, nos llevará más lejos. La educación emocional, la identificación temprana de nuestros estados emocionales y los de otros es la base para la empatía, el respeto, la consideración, la generosidad y el altruismo, como diría Matthieu Ricard, el llamado hombre más feliz del mundo.⁷¹

4. **Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.**⁷² Es una señal grave de inequidad. Se mencionaron varias metas, como reducir dos tercios de la mortalidad infantil entre 1990 y 2015, sin embargo, no se cumplió la meta y continúa en 80%, lo que implica deficiencias en los sistemas de monitoreo y control médico infantil, así como en la red de emergencia pediátrica en cada jurisdicción sanitaria. Destaca insistir en la lucha contra la neumonía, la diarrea, la nutrición y el sarampión.
5. **Mejorar la salud materna.**⁷³ Los cuidados perinatales son el secreto, ya que van desde la concepción del bebé hasta los primeros cien días de nacido, con atención especial durante el parto. Es necesario acercar los servicios de salud y de emergencia a las zonas rurales, ya que puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

Ayudaría también si se lograra el acceso universal a la salud reproductiva que se planteó. Igual que los demás puntos, hay avances limitados que se reflejan en las desigualdades de atención a las embarazadas, y mayormente en las regiones con bajo desarrollo: zonas rurales o poblaciones indígenas y migrantes, donde sólo 30% de las mujeres tiene acceso universal a la salud.

Desafortunadamente, los embarazos adolescentes tampoco bajan su tasa, poniendo en riesgo a las mujeres más jóvenes, aunado a la poca educación y el uso limitado de métodos anticonceptivos. Tenemos que poder hablar en casa de las enfermedades de transmisión sexual y del embarazo, y asegurarnos de que también

reciban la información en la escuela para que se haga de manera complementaria.

6. **Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.**⁷⁴ El incremento de la población con VIH/sida, principalmente en adolescentes, ha sido dramático en los últimos años debido al poco uso del preservativo y a la confusión de creer que se cura. Se puede detener la evolución de la infección, pero no en todos los casos, y no se detiene totalmente, así que es importante insistir en el uso de preservativos y cuidarse de las infecciones de transmisión sexual. Se busca también tener acceso universal al tratamiento de VIH/sida, incluyendo a las mamás seropositivas, pues protege a los recién nacidos.

El planteamiento pretende reducir de igual manera la incidencia de malaria y otras enfermedades graves con la distribución de redes en las zonas tropicales endémicas y en las zonas más pobres, el uso de insecticidas y de medicamentos antipalúdicos. De igual manera, no podemos dejar de luchar contra la tuberculosis, que sorprendentemente aún existe y es la segunda causa de muerte después del VIH/SIDA.⁷⁵

7. **Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.**⁷⁶ Es claro que se trata de una de las prioridades actuales y un serio llamado de atención en todos los temas de consumo responsable. Es urgente cambiar nuestros modelos, hábitos y costumbres para no ser conducidos por la sociedad de consumo. Nosotros, los ciudadanos, debemos tomar el liderazgo, unir a todas las generaciones y ser más conscientes del riesgo.

Ante todo, se busca incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales, y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente, principalmente disminuir la tasa de deforestación. Entre lo más destacado se encuentra el cambio climático, para lo que se sugiere seguir el protocolo de Montreal,⁷⁷ el cual busca eliminar el uso de sustancias que agotan la capa de ozono; sin embargo, la reducción hasta ahora no ha sido suficiente por el crecimiento industrial y de población mundial.

El siguiente punto es reducir la pérdida de diversidad biológica, lo que ha tenido muy malos resultados y graves consecuencias con la extinción de muchas especies. La Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza señala que existen 30 millones de especies animales y vegetales distintas en el mundo, con más de 1 000 en peligro de extinción y 17 000 amenazadas. Para el año 2020, la diversidad puede llegar a reducirse hasta en 33%.⁷⁸

Por otra parte, es clara la necesidad básica de tener agua simple potable accesible, pero no es el caso, y en zonas rurales aisladas es aún peor que en las urbanas, siendo un grave problema que refuerza el ambiente obesogénico y la propagación de infecciones graves.

8. **Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.**⁷⁹ Los países desarrollados no tienen la

tradición de ayudar a crecer a los menores, y esto debe ir más allá de venderles nuevas tecnologías para que se dé un avance. No han entendido que esas poblaciones se reproducen a tasas mayores, y que los del sur migrarán al norte por necesidades básicas irremediamente, generando una grave crisis que los alcanzará tarde o temprano, como lo vemos en Europa con África, y México y Estados Unidos con Centroamérica. En la actualidad sólo cinco países donantes han alcanzado la meta de la ONU al atender las necesidades especiales de los países menos desarrollados, los países sin litoral y los pequeños Estados insulares en vías de desarrollo.

Es necesario continuar la creación de un sistema comercial y financiero abierto, basado en reglas establecidas, que sea predecible y no discriminatorio, y permita a los países en vías de desarrollo lograr un mayor acceso a los mercados de países desarrollados, así como verse beneficiados por las reducciones de tarifas, sobre todo en sus productos agrícolas. Esto ayudará también a lidiar de forma integral con su deuda.

De igual manera, en cooperación con el sector privado se busca hacer más accesibles los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de información y comunicaciones, para lograr una mayor conectividad —ya que internet sigue siendo inaccesible para la mayoría de los habitantes del planeta—.

Los objetivos del milenio pretenden atender las necesidades humanas más apremiantes y los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar. Por tal motivo, el 25 de septiembre de 2001 más de 150 líderes mundiales se reunieron con el fin de aprobar la Agenda para el Desarrollo Sostenible.⁸⁰ El documento final incluye los 17 objetivos del desarrollo sostenible enfocados en poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático. Son metas e indicadores con el propósito de medir el grado de avance y cumplimiento de los ocho objetivos del milenio, de profundizar el trabajo, y así dar puntual seguimiento a las mejoras en la calidad de vida de cientos de millones de personas en todo el mundo.

Es la primera vez que se fija una agenda integral global que pueda dar resultado, recordando que somos un sistema integrado, mundial, donde todo está interconectado, y que los efectos positivos y negativos nos alcanzan por igual. No olvidemos que debemos anticiparnos y generar el cambio desde nuestra trinchera personal, ya que la política pública toma mucho tiempo en alcanzar a la población objetivo, pero el conocimiento no.



Fuente: Naciones Unidas México, “Objetivos de desarrollo sostenible”.⁸¹

Los 17 objetivos de desarrollo sostenible tienen definidas 169 metas,⁸² las cuales sirven como plataforma para la acción de la comunidad internacional —gobiernos, organismos de la sociedad civil, academias y sector privado— para hacer frente a los tres elementos interconectados del desarrollo sostenible: crecimiento económico, inclusión social y sostenibilidad ambiental:

1. Fin de la pobreza
2. Hambre cero
3. Salud y bienestar
4. Educación de calidad
5. Igualdad de género
6. Agua limpia y saneamiento
7. Energía asequible y no contaminante
8. Trabajo decente y crecimiento económico
9. Industria, innovación e infraestructura
10. Reducción de las desigualdades
11. Ciudades y comunidades sostenibles
12. Producción y consumo responsables
13. Acción por el clima
14. Vida marítima
15. Vida de ecosistemas terrestres
16. Paz, justicia e instituciones sólidas
17. Alianza para lograr los objetivos

Con los objetivos del milenio se ayudó a más de 1 000 millones de personas, facilitando que pudieran escapar de la pobreza extrema, que más niñas asistieran a la escuela y que se protegiera un poco más a nuestro planeta. Sin embargo, las desigualdades persisten, y diariamente vemos que el progreso no es equitativo. De los 51 indicadores, México ha cumplido solamente 37.⁸³ Aun así, México sigue trabajando para implementar el cambio en lo que hoy se conoce como Agenda 2030:

1. Ya se instauró un comité técnico en la oficina de la Presidencia en colaboración con el INEGI y las dependencias federales.
2. El Senado de la República instaló un grupo de trabajo y apoyo legislativo para su cumplimiento.
3. Se generó un órgano de implementación, la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Amexcid), a partir del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
4. Se instaló el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.



Capítulo 6

Red social vital: prioridades para la vida

El siglo XXI de la mujer

Hay eventos que marcan un mero punto en la historia, pero existen otros, los excepcionales, que generan *Zeitgeist*, el “espíritu del tiempo”. Son los que marcan una época entera y crean nuevos paradigmas al resolver los enigmas cotidianos. Uno de ellos tocó las campanas y exigió finalmente *el siglo de la mujer*. Fue un evento que cargaba centurias tras de sí, abriendo una nueva era con grandes señales del trabajo, la vida y la lucha de millones de mujeres durante vidas enteras de silencio por no contar con el micrófono de las instituciones, a través de las cuales se define una sociedad y se escribe la historia. Uno solo de esos momentos enmarcó un evento académico que reunió a toda una asamblea ante Marguerite Yourcenar, la primera mujer en formar parte de la Academia Francesa.

En una sociedad desarrollada como la de Francia, la cual se ha distinguido por el libre pensamiento y los grandes avances en las libertades humanas, por permitir el voto, la libertad de procreación y el aborto, concluían los más de 300 años sin que hubiera una mujer entre las paredes de la Academia, al mismo nivel que los “inmortales” varones, como se conoce a los miembros electos.

La institución se fundó en 1635 con la venia de Luis XIII, al enterarse de que un grupo de intelectuales, escritores y colegas se reunía regularmente para intercambiar opiniones y debatir sobre las bellas artes y el desarrollo de la lengua francesa.¹ Se creó entonces un espacio bajo la protección del cardenal Richelieu, quien se convirtió en su primer director,² posición que hoy ocupa el presidente Emmanuel Macron.

A lo largo de los siglos se reunieron bajo su gran cúpula escritores consagrados, los más distinguidos clérigos, políticos, universitarios, médicos, científicos, etnólogos, militares, sociólogos, periodistas, críticos, dramaturgos, artistas, historiadores y sabios. Hasta hoy ha habido 733 inmortales que en los 384 años desde su fundación han ocupado los 40 sitios fijos.³ Sin embargo, solamente ha habido 9 mujeres inmortales, algo que nos habla de la inequidad persistente en tan distinguido centro del saber y la libertad.⁴

El 6 de marzo de 1980, cuando se anunció la elección de la primera integrante mujer,

el periódico *Le Figaro* comentó: “La escritora Marguerite Yourcenar [...] plantea un problema real a los académicos reacios a abrir sus filas al género femenino. La fama literaria de la novelista la convierte en una candidata perfectamente legítima. Tiene su lugar bajo la cúpula para disgusto de algunos que lloran el escándalo”.⁵ Después de dar el resultado de la votación, en efecto se empezaron a escuchar los comentarios despectivos y francamente misóginos de académicos como Jean Guilton, quien dijo en una entrevista: “Si la Academia pudo vivir 300 años sin mujeres, puede vivir otros 300 más”.⁶ Jean d’Ormesson, quien propuso a Yourcenar, habló en cambio desde la verdadera equidad, atendiendo al tema central, pues, como bien dijo, ella no estaba ahí por ser mujer, sino por ser una gran escritora: “[Marguerite Yourcenar] es una de las mejores escritoras vivas, [...] es un honor [...] entrar a la Academia Francesa, y un honor para la Academia Francesa tenerla entre los suyos”.⁷

Es claro que ese día la elección fue el inicio de un nuevo tiempo para la mujer, la chispa del enfrentamiento entre mantener una tradición masculina que promueve prioritariamente al hombre y encubre su antifeminismo, su misoginia —esa perpetuación del “segundo sexo” que describe Simone de Beauvoir—,⁸ y la apertura de la ilustre academia a la otra mitad de la humanidad, las mujeres.

Tal ingreso, o mejor dicho revolución —aunque fuera sin tirar la puerta ni destruir la institución—, marca el principio. Yourcenar hace girar las cabezas, las miradas, las perspectivas, la propia forma de ser de miles de hombres y mujeres para buscar un entendimiento juntos, crear un complemento. El mundo hasta entonces pensaba como Georges Duby, historiador de la Edad Media, aceptado en la Academia en 1987, quien refiere cómo al inicio de sus investigaciones “no había tomado en cuenta a las mujeres ni a los muertos”.⁹ Vaya paralelismo. Comenzará entonces la travesía, como él mismo dijo, de rescatar del panteón del conocimiento a una de sus más bellas piezas, la femenina.¹⁰ Es un claro avance en la comprensión de las limitaciones del pensamiento masculino frente al maltrato y la alienación de las mujeres y de lo femenino, pero aún existe una profunda necesidad de aportes a la liberación de la mujer de su yugo social milenario.

Encontramos la diferencia de género en todo momento. Incluso entonces, al ingresar a la Academia, aun siendo una inmortal, Yourcenar no fue tratada como una igual. Por tradición, se entrega una espada al elegido unos días antes de su recepción, como símbolo de la pertenencia de los académicos a la casa del rey. Así ha sido desde la Restauración. Sin embargo, se decidió que el atuendo de Marguerite Yourcenar no podía completarse con un arma. Fue hasta 1990 que Hélène Carrère d’Encausse, la tercera mujer elegida para la Academia Francesa, portó la espada.¹¹

Es claro que poder ingresar al grupo más selecto de hombres de letras y ciencias muestra la inauguración de una nueva época que nos toca a todos promover, conservar y hacer crecer en este siglo XXI, y Yourcenar nos marca la pauta con su discurso de

aceptación:¹²

Por otro lado, tengo demasiado respeto por la tradición, aún viva, poderosa, y me atrevo a decir que probablemente no comprendo a quienes se resisten a las innovaciones a que empuja esto que se llama el espíritu del tiempo, que a menudo no es más frecuente, se los concedo, que la moda del tiempo. *Sint ut sunt*: que permanezcan tal y como son, es una fórmula justificada por la preocupación que uno siempre siente ante cambiar tan sólo una piedra de un hermoso edificio que se mantiene de pie después de varios siglos.

Me habéis recibido, dije. Este yo incierto y flotante, esta entidad cuya existencia misma he cuestionado, y que realmente no siento delimitada por algunas obras que escribí. Y heme aquí, tal cual, rodeada, acompañada por una tropa invisible de mujeres que quizá deberían haber recibido mucho antes este honor, hasta el punto en que estoy tentada a borrarne para dejar pasar sus sombras.

La transformación generada desde momentos trascendentales como ése aún no es completa. Las mujeres todavía no son tratadas como un igual. La necesaria evolución fue lenta. Ha habido muchas revoluciones, incluida la definición de *mujer* en el diccionario de la propia Academia Francesa, señalada como “mujer del hombre” en la primera edición. Posteriormente se convirtió en “mujer, la compañera del hombre” en 1835, y hasta el siglo XX, en la edición de 1935, obtuvo su estatus actual: la dignidad de ser “mujer humana”.¹³

La lucha de Yourcenar y de tantas otras no era liberar a la mujer, sino el conocimiento de la existencia humana,¹⁴ liberarnos cada uno de la ignorancia que nos vuelve esclavos de nosotros mismos y de los demás. Lo que sigue es poder dejar hablar a nuestro interior, respetando y apoyando la expresión de nuestros personajes internos, siempre y cuando los personajes femeninos exteriores vivan seguros, tengan las mismas oportunidades y posiciones académicas, societarias, administrativas y políticas que los varones.

Dejemos de buscar lo que limita nuestro entendimiento sobre la equidad de género y pasemos a la acción, empezando por vigilar que la cuota de género se cumpla en cada una de nuestras sociedades, grupos y familias, que no exista el sometimiento entre los géneros, que se equilibren las oportunidades de educación y se reparta la carga de trabajo en la casa. Tenemos frente a nosotros a cientos, miles, millones de Marguerites Yourcenar, esperando tomar su importante papel en todos los sectores, pues tienen mucho que aportar a nuestro maravilloso país, un México vital que sólo florecerá en la equidad.

EJEMPLO VITAL

El cambio sucede por el triunfo social de la mujer en espacios líderes:

- Maestra Delfina Gómez Álvarez, senadora de la República, coordinadora de la Comisión de Educación

y delegada Federal de los programas de bienestar en el Estado de México, expresidenta municipal de Texcoco y candidata a la gubernatura del Estado de México en 2017.

- Doctora Teresita Corona Vázquez, primera presidenta de la Academia Nacional de Medicina, 154 años después de su fundación. Ha dotado de un nuevo sabor científico y humano a la institución, sentando la pauta para otras academias.
- Doctora María Elena Medina-Mora, investigadora en temas de actualidad (como las adicciones), miembro de El Colegio Nacional y recientemente nombrada doctora *honoris causa* por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La familia

El tema de vivir muchos años, de tener una vida longeva y sana ha sido un deseo milenario de la humanidad. Hoy se han identificado poblaciones específicas, las llamadas “zonas azules” de Dan Buettner:¹⁵ Nicoya, Costa Rica; Cerdeña, Italia; Ikaria, Grecia; Okinawa, Japón, y la comunidad adventista de Loma Linda, California. Su estudio demostró la postura de Anne Maria Herskind cuando dijo que la longevidad tiene sólo 20% de bases genéticas y el resto lo dicta nuestro estilo de vida.¹⁶

Las zonas azules se caracterizan porque su población tiene 10 veces más posibilidades que el resto del mundo de alcanzar los 100 años, y una de las principales claves que encontró Buettner para ello fue tener y desarrollar fuertes lazos familiares, junto con no fumar, consumir una dieta vegetal en su mayoría, tener una actividad física moderada constante, ser sociales y comer granos y leguminosas.¹⁷

Los habitantes de estas locaciones no sólo son longevos, sino que no sufren muchas de las enfermedades que aquejan a la mayor parte de la población mundial. En sus acciones para lograr establecer este magnífico estilo de vida reconocemos la voz de nuestras madres y abuelas diciéndonos lo que debemos hacer o no, y lo que hoy leemos en las revistas científicas que describen las conductas inclinadas hacia la enfermedad o la salud. Es un momento muy interesante donde se unen la sabiduría popular milenaria y la evidencia científica.

Para las comunidades tradicionales de Okinawa, Cerdeña y Loma Linda tener a la familia como prioridad es la primera conducta positiva que promueve, facilita y genera una más larga y placentera vida. La red social original del ser humano es la familia. Con ella comparte todo, es su grupo natural de apoyo, comunicación e intercambio, y mientras mayor es el grupo familiar, más amplios son sus efectos y beneficios. Esta célula constituyente es un espacio de convivencia, un canal para la transmisión de valores culturales, sociales y espirituales.

En la sociedad okinawense persiste el concepto *ikigai*, que significa “tu razón de vivir”, misma que se alimenta día con día, principalmente a partir de los cariños y las relaciones personales y familiares.¹⁸ Otro de los valores prometedores para el combate de las conductas obesogénicas en la sociedad occidental es su mantra, *Hara hachi bu*, el cual les recuerda detenerse cuando alcanzan 80% de su registro de saciedad porque nunca es benéfico comer de más o perder el control con la comida, lo que suma un beneficio más a su dieta de por sí saludable en el entorno familiar.¹⁹

Compromiso social²⁰

En la vida, mantener un *compromiso social*, un interés societario, dirían los médicos o los notarios, nos vincula con nuestro lugar de residencia y nos permite ver a largo plazo de manera colectiva. Es el foco de muchas organizaciones, como los *scouts*, que después de 100 años ya perdieron por fortuna el complemento *boy* para integrar la figura femenina a sus filas. Los ejemplos abundan, y ninguno mejor que otro, pues no existe compromiso social malo o limitado, todos aportan y generan crecimiento.

En las zonas azules, la sociedad okinawense sitúa el compromiso social como parte de todo, desde sus meditaciones hasta sus conductas diarias, y lo vinculan con los grupos humanos que nutren sus templos, sus grupos de artes marciales o con sus amigos y compañeros de escuela o trabajo. En Cerdeña, por ejemplo, el compromiso social implica un inmenso orgullo local entre vecinos y gremios, ya que su labor cotidiana, sea cual sea el oficio, se inclina hacia el beneficio y la prosperidad comunitaria, fomentando una sociedad homogénea, igualitaria y divertida.

Realmente es un concepto que puede aplicarse a casi todo lo que hagamos en nuestro devenir diario, pero si no tienes un compromiso social claro y explícito, es un buen momento para iniciar. Ahora hay muchas ONG u organizaciones de la sociedad civil (OSC) que trabajan en temas sociales urgentes e importantes. Existe la Junta de Asistencia Privada (JAP),²¹ la cual posee toda línea de ayuda social imaginable. Vale la pena apoyar alguna, sin olvidar la beneficencia pública que existe en todos los estados.

Socialmente emprendedor

Nuestra capacidad de emprender es innata, es parte de la curiosidad natural del ser humano. Existen diferentes modelos educativos que lo promueven —principalmente el italiano Montessori, el francés “Educación para la vida”, el “emprendimiento” alemán—, pero todos señalan aspectos básicos que orientan y alimentan nuestra creatividad de manera permanente, hasta convertirse en un estilo de vida. La posibilidad de emprender, imaginar ser los autores de nuestras propias acciones e iniciativas, podría parecer algo lejano y ajeno, pero es totalmente factible. El sentido crítico, observador y activo es lo que nos capacita para desarrollar las competencias del emprendedor, y el impacto de esta capacidad se multiplica cuando tiene también un efecto social, cuando nuestro bienestar aporta algo al de la sociedad, generando trascendencia y legado.

En general, nos educan para ser cumplidos y llevar a cabo de manera eficiente

nuestros estudios y posteriormente nuestro trabajo. Esto es importante porque aprendemos las bases y adquirimos un método para nuestras funciones técnicas y profesionales, el cual nos permite desarrollar maestría e ir mejorando. Sin embargo, también es crucial permitirnos pensar de manera diferente y darnos la oportunidad de capacitarnos y exigir mejores condiciones de vida. Dentro de esta condición sucede el cambio, aunque requiere que varias esferas se movilicen al mismo tiempo.

Es el mismo concepto de donde partió la propuesta de impacto social que mencioné en la introducción: “Conoce, exige y participa”, una secuencia de pensamientos y acciones que sintetiza los procesos mentales y personales, las conductas y las acciones sociales como un llamado a tomar las armas del cambio, el cual comienza con uno mismo. No puede ser de otra manera. La acción personal es la que se multiplica, así que hagámoslo para bien.

Desarrollar programas para emprendedores es una necesidad y un gusto que debemos promover desde el hogar, para que nuestros niños aprendan a descubrir el mundo y nunca se cierre su ventana de interés. Desde todos los espacios y en todas las etapas de nuestra vida debemos marcar una misma dirección hacia dónde avanzar. Nuestro interior es un centro de empoderamiento, de emprendimiento, pues tenemos la capacidad de replantearlo todo, de pensar en el cambio. Es importante promover este canal emprendedor como una capacidad personal y colectiva de los mexicanos, despertando al empresario que todos tenemos dentro.

Amigos para la vida

Los okinawenses agregan que es muy importante poder tener, cuidar y cultivar a los amigos para toda la vida, ya que son ejemplo de sabiduría compartida. En México deberíamos compartir su modelo cultural de *moai*, que no se trata nada más de tener un grupo o grupos de amigos, sino de saber que puedes contar con alguien cercano en cualquier momento, sin importar la razón o el problema.²² Esta noción de ver a los amigos como un *nido* o *capullo seguro* genera mucha tranquilidad —promotora del bienestar—, sabiendo que uno se puede recargar en alguien en cualquier momento.

La amistad permite la complicidad de hablar de cualquier tema y contar con la opinión sincera de personas cercanas. Muchos pueden venir de la infancia, aunque, por lo general, la mayoría surge de la adolescencia, la universidad y entre los colegas del trabajo. Sin importar de dónde broten los vínculos de amistad, la felicidad y espontaneidad que generan los amigos de toda la vida nos ayudan a regresar a la persona que realmente somos.

BIENESTAR VITAL

En mi experiencia, nadie puede estar bien sin otros. A mí me ayudaron esos “otros”, y me ayudan todavía. Nos da miedo mostrarnos, nos sabemos imperfectos, ¡pero los demás también lo son! Y qué maravilla cuando te quieren igual, con tus propias imperfecciones. Qué sorprendente y lindo es juntarse en esa imperfección.

La amistad es ese amor que cura, ese afecto que a veces nos tienen otros primero y después nos hace quererlos. A través de ellos, a la larga también aprendemos a querernos a nosotros mismos. Si tenemos buenas amistades, tendremos buenos ejemplos y saldremos airosos. Presta atención cuando elijas a tus amigos: procura que te nutran, te ayuden, se alegren contigo y quieran que seas mejor. Juntarse con buenas personas es una de las mejores maneras de ayudarse, de cambiar para bien.

A veces se da el caso de que mamá y papá no pudieran aportar ese modelo, pero no importa. Nosotros podemos encontrarlo si lo buscamos, sean amigos, parejas, tíos, en cualquiera que te quiera con respeto, con límites y sanamente. Las personas en tu vida son un buen apoyo para poder empezar.

Ver a los amigos también debe ser una práctica constante. Detenernos un momento cada día para disfrutar nuestras amistades puede ser muy beneficioso. Los okinawenses incluyen en su vida cotidiana caminar juntos, hacer meditaciones en grupo, realizar juntos la ceremonia del té y muchas cosas más.²³ Y si, por ejemplo, alguno de ellos no llega a la reunión o se retrasa por algún motivo, los demás van directamente a su casa a ver qué le pasó, nunca se permite la ruptura de este grupo por descuido o negligencia.

Dado el ritmo y la presión que parecen definir a la sociedad posmoderna, los amigos son más necesarios que nunca. El estrés es uno de los factores principales en el desarrollo de problemas cardiovasculares y conduce a la inflamación crónica, característica de todas las enfermedades importantes relacionadas con el envejecimiento, pero compartirlo reduce el riesgo. Es inevitable estresarse por algo, incluso los habitantes de las zonas azules lo experimentan, pero lo manejan mejor sabiendo que no están solos ni aislados, sino que son parte de una comunidad.

La economía

(Con la colaboración de Patricio Armando Barriguete Chávez-Peón)

Cuando se habla de una larga vida, donde se está bien y sucede el bienestar, se suele pasar por alto la importancia de la economía personal y familiar, ya que es uno de los puntos cruciales que facilitan, dificultan o acaban con la posibilidad de bienestar en el corto, mediano y largo plazos. Hay que tomarlo en cuenta como persona y para todos nuestros programas familiares, pues nos permitirá tener una infraestructura sólida utilizando los mismos tres índices propuestos para el desarrollo —salud, educación, empleo—, con la meta de aportar al desarrollo humano personal y de nuestra familia mexicana.

Entre los 35 y 45 años, cuando los adultos se sitúan profesionalmente, se tiene la posibilidad de crecer más económicamente.²⁴ Desde chicos debemos crear un plan económico, buscar la adquisición de bienes que nos permitan tener seguridad en los años siguientes y crear un efecto de ahorro necesario para consolidar una buena economía personal y familiar. Este proyecto debe vincular desde el principio a la pareja y la familia, dando a la parentalidad un sustento actual y de éxito para su desarrollo, construcción y funcionamiento futuro.

Para continuar con el ejemplo de las zonas azules, los adventistas de Loma Linda tienen un concepto de prosperidad que *incluye* la economía personal y familiar, la considera *necesaria* y la *genera*. Son enérgicos, optimistas, sociales, abiertos y generosos en todo lo que hacen, y he podido trabajar con ellos en proyectos para poblaciones en situaciones extremas en Nuevo León y San Salvador. Su visión se asemeja al concepto de “libertad financiera”, la cual podemos adquirir al ser dueños de un sistema o forma de producción que nos dé autonomía y tranquilidad.

El principal agente de estrés físico, emocional, personal y familiar para toda persona adulta en esta sociedad de consumo es el económico o financiero, por miedo a no tener un sustento que nos permita vivir dignamente y ser autosuficientes. Para evitar esta fuente de estrés los habitantes de Loma Linda crean una cultura financiera en su orden de vida, dentro de su estructura cotidiana, llevan cuentas detalladas, anotan cada moneda y billete que gastan, e incluso hacen un plan de gastos mensual, todos buenos modelos que podríamos aplicar, incluyendo uno que los enorgullece también: ahorrar dinero en no comprar cigarros ni alcohol, algo muy caro a corto y largo plazos. En México, 63.4% no lleva un registro o cuenta de sus gastos,²⁵ y en el capítulo anterior ya vimos las abrumadoras estadísticas de estos consumos en nuestro país.

Salud y dinero

En Loma Linda la salud es el tema de punta, con las dos acciones que hoy los expertos y la Organización Mundial de la Salud señalan como principales: alimentación y actividad física. El objetivo es hacer todo lo necesario para estar bien —alejados, por supuesto, de un concepto ilusorio de perfección— a cualquier edad. La planificación también provee bienestar.

Ya que la longevidad es una realidad entre la población de Loma Linda, hacen los planes necesarios para vivir bien y no quedarse sin dinero. En todas las zonas azules las personas de más de 50 años siguen trabajando el mayor tiempo posible, aprovechando también su estado de salud. Trabajar genera ingresos y ayuda a mantenerse mentalmente ocupado y comprometido.

La situación financiera del ser humano es un factor importante para estar y vivir bien, no sólo relativo a posesiones materiales. Influye en la alimentación, la educación, la seguridad, el acceso a los centros de salud, la zona geográfica en la que se vive, los recursos de los que se dispone, etcétera, así que es importante identificar desde muy temprano, desde el kínder y la primaria, cómo manejar nuestros recursos y oportunidades.

Podemos generar nuestro bienestar haciendo gastos inteligentes, conservando una buena actitud y haciendo planes a futuro sin importar nuestra edad. Japón, por ejemplo, tiene programas de seguro de atención a largo plazo para ayudar a su población longeva a evitar gastos abrumadores que de otro modo podrían destruir sus finanzas. Esto implica cambiar el sistema económico, ahorrar e invertir con regularidad, mantener hábitos saludables y prevenir.

Ahorro

Uno de los primeros pasos para eliminar el estrés económico es tener un fondo de ahorros de emergencia para gastos inesperados y un fondo de ahorros para la jubilación. El ahorro para el retiro suele hacerse automáticamente a través de nuestro empleador, pero podemos elegir a qué Administradora de Fondos para el Retiro (Afore) pertenecer, regulada por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar). Sin embargo, no todos tienen un empleo a través del cual se afilien a este beneficio, por lo que es muy frecuente ver personas que pasan toda su vida trabajando arduamente y no pueden disfrutar de la tranquilidad económica en la vejez.

De igual manera sucede que, después de una vida entera trabajando, la gente no logra incrementar su riqueza o hasta se empobrece. Es común que los ingresos percibidos se

vayan en gastos y quede poco para el ahorro del retiro, para comprar un departamento o una casa, poner un negocio o simplemente tener ahorros para cubrir imprevistos, entre muchos otros casos.

La sociedad de consumo genera una jerarquía que puede llevar a la gente a gastar para satisfacer necesidades superfluas, no esenciales, por querer aumentar su estatus a través de la apariencia y no necesariamente su calidad de vida, desatendiendo las verdaderas necesidades o comprometiendo a las personas a pagar durante mucho tiempo el abono o préstamo por esa necesidad no básica.

Además, en México también existe un desconocimiento extenso del sistema financiero, por lo que la población deja pasar grandes oportunidades económicas y corre riesgos innecesarios. Muchas personas prefieren guardar su dinero bajo el colchón que depositarlo en un banco, perdiendo así su valor adquisitivo por la inflación, sin hablar de la inseguridad que representa. La desconfianza que existe hacia las instituciones bancarias también puede hacer que se expongan a transportar grandes cantidades de dinero en efectivo, en lugar de hacer transferencias.

Por medio del conocimiento del mundo financiero y el autocontrol podemos empezar a trabajar por dinero y a hacer que el dinero que ahorremos e invirtamos trabaje por nosotros. La Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (ENIF) mostró que las personas ahorran informalmente guardando dinero en su casa (65%), haciendo tandas (32.5%), en una caja de ahorro (23.2%) o con algún familiar o conocido (14.8%). Sólo 8.1% aprendió a ahorrar desde joven con una cuenta bancaria.²⁶

Las tandas son muy populares en México, pero al estrés de esperar que la persona encargada pague a los participantes se suma la inseguridad de tener el dinero guardado en casa (junto con la pérdida por la inflación). Es probable que aportar dinero recurrentemente a una tanda haya ayudado a que la gente gaste menos, pero definitivamente hay plataformas mucho más eficientes.

Lo ideal sería que, junto con el porcentaje fijo de los ingresos, creciera el monto ahorrado para poder invertir y acrecentar los ahorros cada vez más, dando a la persona un ingreso pasivo. La estadística indica que la mayor parte de la población tiene ahorros muy pequeños,²⁷ por lo que las contingencias tienen un impacto muy fuerte en las finanzas de las personas. (Al tener registrados tus montos pagados para aliviar contingencias es más fácil reconocer la importancia de un seguro, ya que así puedes comparar si pagaste más de lo que sería el costo acumulado del seguro a esa fecha.)

Cuentas bancarias

El 55.9% de la población adulta (entre 18 y 70 años) no tiene tarjeta de nómina, cuenta

de ahorro, cuenta de pensión o alguna cuenta donde reciba apoyo del gobierno en algún banco o institución financiera.²⁸ A nivel rural, esta cifra es de 64.8%. En ambos espacios, las razones varían entre el ingreso insuficiente, la falta de interés o no cumplir los requisitos, entre otros,²⁹ pero 51.5% no sabía que existen cuentas que no cobran comisiones y que permiten ahorrar cantidades pequeñas de dinero.³⁰

En México, 92.1% de las personas prefiere el efectivo como forma de pago, el resto se inclina por las tarjetas de débito y una minoría por cheques y transacciones bancarias.³¹ Si lo que motiva esta desconfianza es la seguridad del dinero, claramente es mucho más seguro tener una cuenta de banco que transportar efectivo, exponiéndose a la violencia de un robo. Debemos promover que las personas sin una cuenta bancaria confíen en el sistema financiero. La seguridad que da un banco para guardar y hacer trasposos de dinero lo convierte en una herramienta fundamental.

Perfil financiero

Es preciso conocer nuestro perfil económico para determinar qué riesgos financieros estamos dispuestos a correr, qué retornos sobre las inversiones son razonables y qué tanta liquidez necesitamos. Para determinar nuestro perfil debemos aprender cómo se comportan nuestros *ingresos* y *gastos*, y la mejor manera de tenerlos en orden es registrarlos, ya sea en un cuaderno, una hoja de cálculo en la computadora, en el celular o con cualquier medio de fácil acceso. Las ventajas de usar cuentas bancarias es que desde internet o el celular uno puede consultar todos los depósitos, transferencias, retiros y pagos para llevar un control.

Una vez que se tienen identificadas todas las entradas y salidas de dinero, si nuestros ingresos son mayores a nuestros gastos, entonces estaríamos aumentando el ahorro cada cierto tiempo. Sin embargo, es de vital importancia tener presente que a veces no sólo se gasta dinero de los ingresos, sino de los ahorros (nuestro capital) o de préstamos (pasivos que por lo general nos generan gastos por intereses y comisiones), lo que no debe tomarse a la ligera.

Al conocer a detalle cuánto ganas y cuánto gastas puedes determinar fácilmente qué cantidad ahorrar para cumplir tus objetivos y durante cuánto tiempo. Si quieres ahorrar más, existen dos modelos que puedes implementar de manera conjunta: ganar más dinero y gastar menos, pero *sólo* si aumentar tus ingresos o disminuir tus gastos no afecta el resto de los factores del bienestar en tu vida.

Para reducir tus gastos debes identificar cuáles son realmente necesarios. Ordénalos desde el más necesario hasta el de menor importancia, y ve qué tan grandes son en comparación con tus ingresos. Así podrás enfocarte en reducir o eliminar gastos muy

fuertes que sean poco necesarios.

Existe una gran variedad y cantidad de servicios financieros que te pueden ayudar a desarrollar tu perfil económico, pero es importante comparar las diferentes instituciones para saber cuál te conviene más. La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) proporciona comparativos de todos estos servicios financieros a través de su página web, www.condusef.gob.mx, o puedes dirigirte al Banco de México, www.banxico.org.mx.

La costumbre de mantener un autocontrol en tus gastos y buscar constantemente información alimenta y refuerza tu educación financiera, clave para generar tu bienestar económico y el de tu familia. Es necesario romper con los prejuicios que se tienen del sistema financiero en México y América Latina para que la gente pueda hacer buen uso de éste.



Capítulo 7

Actividad integral

Actividad física

La actividad física en sí es cualquier movimiento corporal realizado mediante los músculos esqueléticos y que resulta en un gasto de energía.¹ A medida que las ocupaciones se han alejado de la agricultura y de cualquier otra que entrañe un trabajo físico y manual intenso, inclinándose hacia el sector de los servicios, se ha reducido el nivel de actividad física. Esto también ha sido impulsado por la creciente urbanización y el aumento del transporte automotor: las políticas que promueven la creación de suburbios donde es imprescindible el uso del automóvil o del transporte público, así como la falta de atención a las necesidades de los peatones y de los ciclistas en la planificación urbana, reforzando el *ambiente obesogénico*.

Es prioritario que la población forme hábitos de vida saludables. La falta de actividad física se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, si no es que el más importante. Necesitamos movernos para estar bien; es más, como se concluyó a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, “aunque una persona cumpla con las recomendaciones de actividad física, ello no implica menor tiempo destinado a actividades sedentarias el resto del día, aspecto que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas. Por lo anterior, es importante promover la práctica de actividad física moderada y vigorosa, incluidas actividades deportivas, y la disminución de actividades sedentarias (transporte inactivo, tiempo frente a una pantalla y tiempo sentado)”.²

Debemos considerar su importancia en todos nuestros espacios: casa, escuela, trabajo, etcétera. Es preciso contar con un programa que contemple la promoción sobre las siguientes acciones: *a)* combatir el sedentarismo; *b)* promover la actividad física leve en todos los niveles educativos y laborales, en el hogar y en el transporte, y *c)* realizar actividad física moderada o vigorosa, dependiendo de nuestras capacidades, horarios y preferencias. Siempre es bueno asesorarse antes con un médico para que la actividad realmente aporte a la salud, particularmente por la *intensidad* y la *duración*, puntos que deben individualizarse tomando en consideración la edad, el género, la capacidad, si existe alguna limitación física y la presencia de complicaciones crónicas.

ALGUNAS CIFRAS SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN MÉXICO³

Una quinta parte de los niños entre 10 y 14 años (17.2%) se categorizan como activos, realizando al menos 60 minutos de actividad física moderada a vigorosa los siete días de la semana. Se observó que los niños son más activos (21.8%) que las niñas (12.7%).

En adolescentes, la prevalencia de actividad física suficiente (definida como 420 minutos a la semana de actividad moderada-vigorosa) aumentó de 56.7 a 60.5% de 2012 a 2016. El cambio fue más visible en hombres (69.9%) que en mujeres (51.2%).

La proporción de adultos que no cumplen con las recomendaciones de actividad física (150 minutos de actividad física moderada-vigorosa a la semana) disminuyó ligeramente, de 16 a 14.4% de 2012 a 2016. Fue mayor la cantidad de mujeres sedentarias (15%) que la de hombres (13.7%).

Las recomendaciones sobre el tipo y la intensidad del ejercicio deben lograr diferentes efectos saludables.⁴ La OMS señala que, para la mayoría de las personas, se consigue una gran cantidad de beneficios con sólo 30 minutos de actividad física moderada diaria. El grupo de tarea sobre actividad física de la ONU encontró que la actividad física en forma de deporte ofrece beneficios extra, incrementando el nivel de autoestima, confianza, resiliencia, capacidad de trabajo en equipo y disciplina, e incluyó el deporte como “lugar natural” en la educación.⁵

El fútbol es el deporte más popular en el mundo, incluyendo nuestro país, por lo que es muy frecuente que muchas instituciones basen en él sus programas de prevención y salud. En 2008 Jiří Dvořák, director médico de la Federación Internacional de Fútbol Asociación (FIFA), desarrolló un programa de educación y salud basado en este deporte.⁶ Se creó el programa “11 para la salud”,⁷ el cual se lleva a cabo en diferentes programas de África y ahora del mundo. En México lo desarrollamos en cuatro estados para alumnos de primarias públicas, y ha tenido excelentes resultados.⁸ Es una buena medida que podría extenderse a otros sectores para alimentar la cultura de la actividad física.

Indicaciones de actividad física de la OMS⁹

Grupo de edad	Recomendaciones
5 a 17 años	Consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados para estimular un adecuado crecimiento muscular y óseo, así como reducir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). 1. Mínimo 60 minutos de actividad física moderada o vigorosa al día. 2. Si se incrementa el tiempo reportará un mayor beneficio para la salud.

	3. Deberá ser aeróbica en su mayoría, e incorporar actividades vigorosas que refuercen los músculos y los huesos, mínimo tres veces a la semana.
18 a 64 años	Consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados para mejorar la salud ósea, las funciones cardiorrespiratorias y musculares, así como reducir el riesgo de ECNT y depresión. 1. A la semana, mínimo 150 minutos de actividad física aeróbica moderada, 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa o una combinación de ambas. Por ejemplo, caminar rápidamente durante 30 minutos, dos veces a la semana, y correr 20 minutos otros dos días a la semana. 2. Para obtener mayores beneficios, aumentar hasta 300 minutos semanales de actividad moderada aeróbica o hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa. 3. La actividad aeróbica acumulada se practicará en sesiones de 10 minutos, mínimo tres veces al día. 4. Realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares dos veces o más por semana.
65 años y más	Consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados para mejorar la salud ósea, las funciones cardiorrespiratorias y musculares, y reducir el riesgo de ECNT, depresión y deterioro cognitivo. 1. Dedicar 150 minutos a la semana a actividades físicas aeróbicas moderadas, 75 minutos de actividad física vigorosa aeróbica o una combinación de ambas. 2. Practicarse en sesiones de mínimo 10 minutos. 3. Para obtener mayores beneficios, aumentar hasta 300 minutos de actividad física moderada aeróbica a la semana. 4. Las personas con movilidad reducida deberán realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas tres días o más a la semana. 5. Realizar actividades que fortalezcan los principales grupos musculares dos o más días a la semana. 6. Si no pueden realizar la actividad física recomendada por su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida que se lo permita su estado.

Influencia del ejercicio en padecimientos crónicos

El *sedentarismo* o *fisiología de la inactividad física* se relaciona con las ECNT.¹⁰ En 2009, la inactividad física se identificó como la cuarta causa más importante de muertes de origen crónico degenerativo y contribuye en más de tres millones de muertes prevenibles alrededor del mundo.¹¹ Diversos estudios de revisión a lo largo de más de 50

años refuerzan¹² lo ya demostrado: el factor de sedentarismo se vincula con las ECNT no sólo porque se deja de hacer una determinada actividad física, sino porque es responsable de cambios a nivel hormonal, enzimático, genético y de procesos energéticos.¹³

En las tres últimas décadas se han realizado abundantes análisis epidemiológicos, encuestas nacionales, estudios comparativos y metaanálisis sobre actividad física regular, de los cuales se han extraído conclusiones uniformes acerca de sus beneficios en diversos mecanismos biológicos: disminuye el riesgo de padecer cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y accidentes cerebrovasculares;¹⁴ mejora la inmunidad, aumenta la defensa antioxidante y repara el ADN;¹⁵ mejora la función pulmonar;¹⁶ ayuda en el control glucémico;¹⁷ previene la resorción ósea y disminuye la incidencia de osteoporosis;¹⁸ constituye un determinante importante en la prevención del desarrollo de sobrepeso y obesidad;¹⁹ disminuye los marcadores de inflamación y el riesgo de presentar alergias;²⁰ potencia la vasodilatación y la función vasomotora;²¹ mejora el perfil de lípidos,²² y mejora la sensibilidad a la insulina, entre otros.²³

Las ECNT son, en su mayoría, resultado del sobrepeso y la obesidad a partir de un abuso crónico de la alimentación alta en calorías y la baja o nula actividad física, por lo que no se pueden revertir o mejorar las condiciones en estos padecimientos sin realizar actividad física permanente. La alimentación y la actividad física juntas son lo que determina el equilibrio.

Diabetes mellitus. Se caracteriza por una dificultad metabólica para mantener el azúcar en la sangre (glucemia) en niveles adecuados para el organismo, ya que es la fuente de energía para todas las células del cuerpo. El exceso de azúcar en la sangre daña los vasos sanguíneos, los cuales terminan por taparse y generar efectos graves, como insuficiencia renal, ceguera o problemas vasculares en pies que degeneren en gangrena y amputaciones. A la par, es crucial mantener estables los niveles de colesterol y la presión arterial para evitar las complicaciones crónicas de la diabetes.

Es necesario llevar una dieta adecuada, tratamiento farmacológico y tener suficiente actividad física para alcanzar las metas de control metabólico. La actividad física influye en los niveles de glucosa como resultado del incremento de la sensibilidad a la insulina; igualmente, se observa un aumento de la masa muscular, la cual se ve mermada en la diabetes,²⁴ se estimula la actividad de distintas enzimas (glucógeno, sintetasa y glucotransportador GLUT-4),²⁵ lo que mejora el metabolismo de la glucosa en el cuerpo, promueve la reducción de la grasa abdominal, lo que a su vez influye positivamente en la sensibilidad a la insulina.²⁶ Para conservar los efectos sobre la sensibilidad a la insulina se requiere hacer ejercicio en lapsos no mayores de 48 horas, tanto aeróbico como de

resistencia.²⁷

Osteoporosis. Los efectos de la actividad física sobre el tejido óseo se perciben en la densidad mineral y la masa. El trabajo físico afecta la geometría (forma y tamaño) y produce cambios específicos sobre los compartimientos cortical y trabecular. Los modelos clínicos en que la masa y la función muscular se encuentran afectadas nos permiten observar la asociación del desgaste muscular con la baja masa ósea.

Asimismo, existe evidencia de cómo la actividad física disminuye el riesgo de fractura en los adultos,²⁸ ya que el sedentarismo potencializa la reducción de la masa muscular que se da por efectos naturales de la edad.

Trastorno cardiovascular. Se calcula que la actividad física insuficiente causa cerca de una tercera parte de las muertes por cardiopatía coronaria, ya que da pie al desarrollo de hipertensión, sobrepeso, obesidad y estrés.²⁹ Los trabajos sedentarios se asocian con un riesgo combinado de muerte por cardiopatía coronaria de 1.9, en comparación con personas que tienen trabajos más activos.³⁰ El ejercicio induce una serie de adaptaciones cardiovasculares que incrementan el rendimiento físico, además de mejorar el perfil de lípidos y la glucemia, ambos directamente vinculados con la salud cardíaca.³¹

Activo emocional y espiritualmente

Sorprendentemente, en México somos muy efusivos, fiesteros y amigables, pero no emocionalmente desarrollados como tal. Me refiero a la inteligencia emocional (IE). En nuestro país y en gran parte de América Latina no se nos enseña a *identificar nuestros sentimientos*, no se nos capacita para ser inteligentes emocionalmente, ni siquiera se nos informa de su existencia y que se trata de una competencia fundamental para los hombres y las mujeres que desean tener éxito en el siglo XXI. Así crecemos con limitaciones importantes, como la incapacidad de identificar siquiera nuestros miedos. En pocas palabras, no nos conocemos ni nos comprendemos realmente, y como consecuencia, tampoco a los demás. ¿Cómo podemos saber de qué manera funciona nuestro cuerpo si no sabemos cómo funciona nuestra mente?

El bienestar requiere que entendamos todo lo relacionado con nuestra vida, en especial en el tema de sobrepeso y obesidad, ya que los sentimientos siempre estarán vinculados con las acciones —en particular, nuestras conductas saludables u obesogénicas—. Somos un sistema excepcional cuando nuestro bienestar físico, emocional y espiritual se desarrolla a la perfección; los problemas sobrevienen cuando no escuchamos a nuestro cuerpo y seguimos insistiendo en conductas dañinas sin hacerle caso. Por tal motivo, la IE es fundamental para los profesionales de la salud, ya que funge como una capacidad más que se puede enseñar, aprender y modificar, muy útil para abordar aspectos específicos de la relación médico-paciente que no estén funcionando bien.³²

Desde la década de los noventa, el psicólogo Daniel Goleman trata la dimensión emocional como un gran factor de la inteligencia total, y toma como ejemplo a Aristóteles: “Cualquiera puede enojarse, es fácil. Pero enojarse con la persona correcta, en el grado correcto, en el momento preciso, con el motivo pertinente, de la manera adecuada, eso no es fácil”.³³ Desde hace más de 20 años, Goleman ya identificaba una seria crisis social, caracterizada por la desesperación, la incapacidad emocional, el abandono de los pequeños ante la televisión, el incremento de la depresión, de la violencia en las parejas y de la agresión social, llevándonos a un *sinsentido de la vida*. Los estragos del analfabetismo emocional son impactantes y más que evidentes en México y el mundo; basta con ver cualquier tipo de noticias, impresas o digitales, para encontrar una lista interminable de las formas de violencia, abuso y degradación más aberrantes, y que no parecen responder a ninguna lógica saludable.

Para Goleman, la contraparte de esto se encuentra en las emociones: son el camino de vuelta para encontrar *sentido* en la sociedad.³⁴ La IE debe comenzar en la infancia, pero

adquiere una nueva dimensión en la adolescencia, ante la oportunidad de resignificar el crecimiento y el desarrollo del individuo a partir del incremento de conciencia. Un crecimiento físico y emocional sano desarrolla las habilidades generadoras de una adecuada IE, como el control de sí mismo, la persistencia y la habilidad para automotivarse. Estas capacidades permiten incrementar el potencial intelectual.

A diferencia de quienes viven bajo el control de sus impulsos, los que tienen la posibilidad de ejercer su voluntad y carácter encuentran las raíces del altruismo en la empatía, en la habilidad de identificar e incluso leer las emociones de los demás. Así, comprenden la necesidad y la desesperación, sin lo cual no puede darse la capacidad social de “cuidar”. Goleman nos señala dos instancias morales necesarias y urgentes: la constricción y la compasión, cuya asociación con la IE mejora la capacidad de ayudar al prójimo, algo tan necesario actualmente.³⁵

El psicólogo David Wechsler, por su parte, refirió elementos de la inteligencia intelectivos y no electivos, en los cuales incluyen factores afectivos personales y sociales que pueden predecir la capacidad de bienestar y éxito vital.³⁶ Howard Gardner, por ejemplo, habló de las inteligencias múltiples, tema que incluye tanto la inteligencia interpersonal (la capacidad de comprender las intenciones, las motivaciones y los deseos de otras personas) como la intrapersonal (la capacidad de comprenderse uno mismo, de apreciar los propios sentimientos, miedos y motivaciones).³⁷ Ha habido, además, otros investigadores que han ampliado el concepto de IE, destacando Reuven Bar-On,³⁸ quien señaló cómo ésta refleja con éxito nuestra capacidad de tratar a otras personas.

En lo referente a la sociedad culturalmente diversa en que vivimos, Rita Richardson y Elizabeth Evans exploraron métodos para enseñar la competencia social y emocional.³⁹ Su propósito era ayudar a los estudiantes a conectarse entre sí, con el fin de ayudarlos a desarrollar inteligencias interpersonales, intrapersonales y emocionales, argumentando que son esenciales para el logro personal. En esta misma dirección, Marlow Ediger señaló que las emociones, los sentimientos y los valores son muy importantes para el bienestar y el éxito de una persona en la vida, y debe hacerse hincapié en el hecho de que el área emocional no puede separarse del dominio cognitivo.⁴⁰ Las emociones y los sentimientos de calidad ayudan a los estudiantes a extraer su mejor potencial educativo y de aprendizaje.

Jane Finegan señala que es responsabilidad de las escuelas ayudar a los estudiantes a aprender las habilidades de la IE.⁴¹ Incluso poseer nada más algunas de ellas puede conducir a un mejor rendimiento en la educación formal, en el lugar de trabajo y en la sociedad. Darwin Nelson y Gary Low proponen que la IE es la variable individual más importante para los logros personales, el éxito profesional, el liderazgo y la satisfacción con la vida, gracias a ser un individuo emocionalmente capaz de identificar, comprender, experimentar y expresar las emociones humanas de una manera saludable y

productiva.⁴²

La prestigiada revista *Annual Review of Psychology* encontró que una mayor IE se correlaciona positivamente con:⁴³

1. Buenas interacciones y relaciones sociales a cualquier edad. En los adultos, particularmente, expresa una mejor autopercepción de la capacidad social y genera relaciones interpersonales más exitosas, a la par que disminuyen la agresión y los problemas interpersonales.
2. Una visión más positiva de la sociedad, ya que los demás perciben a las personas con IE como más agradables, socialmente hábiles y empáticas por arriba del promedio.
3. Relaciones más profundas con la familia y los amigos cercanos.
4. Logros académicos sobresalientes.
5. Mejores relaciones sociales durante el desempeño laboral y en negociaciones.
6. Mayor bienestar psicológico, satisfacción con la vida y autoestima, así como niveles menores de inseguridad y depresión.
7. Buenas elecciones de salud y conducta.
8. El camino hacia la autorrealización.

La UNESCO, siguiendo el liderazgo del doctor Anantha Duraiappah, y el Instituto Mahatma Gandhi de Educación para la Paz y el Desarrollo Sostenible,⁴⁴ han insistido en la importancia de enseñar IE, y su desarrollo se encuentra entre los programas llamados de educación del carácter, prevención de la violencia, *antibullying*, prevención de drogas y disciplina escolar.⁴⁵ En las escuelas participantes, 50% de los niños mostró mejores puntajes de rendimiento y 38% mejoró sus calificaciones; la mala conducta disminuyó 28%, las suspensiones 44%, y otras sanciones disciplinarias 27%; se incrementó la asistencia 63%, y hubo un comportamiento más positivo.⁴⁶ Ante esto, la UNESCO señala que la IE influye en la formación del circuito neuronal en desarrollo durante la infancia, así como en las funciones ejecutivas de la corteza prefrontal, las cuales administran la memoria de trabajo, es decir, lo que tenemos presente a medida que aprendemos.

A las escuelas les corresponde apoyar y reducir las deficiencias de la educación doméstica, así como las empresas deben apoyar, participar y beneficiarse de sus empleados con IE elevada, y los profesionales que quieran lograr el éxito en un entorno de especialización y diversidad como es el mundo moderno deben estar conscientes de sus emociones y dotarlas de inteligencia. Es la clave para alcanzar mayores objetivos cualitativos, ya que el mundo de los humanos se basa en el éxito de las relaciones, así que será fundamental para poder acceder a una sociedad más justa y más desarrollada.

Activo espiritualmente

La salud espiritual es una de las cuatro dimensiones de la salud humana, junto con las dimensiones física, social y mental (intelectual y emocional).⁴⁷ Su conceptualización y abordaje deben ser respetados sin que impere una sola tradición espiritual o un interés personal o de estudio,⁴⁸ es decir, que todos debemos entender y fomentar la espiritualidad de una manera personal.

La constitución de la OMS define la salud como un estado de bienestar social, mental y físico, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad.⁴⁹ Pero en 1984 se aprobó la resolución de incluir dentro de su estrategia “Salud para todos” una dimensión espiritual, reconociendo que tiene un papel importante en la motivación de la gente para verse realizada en todos los aspectos de la vida.⁵⁰ El documento expresa que la dimensión espiritual entraña un fenómeno inmaterial por naturaleza, que pertenece al reino de las ideas que ennoblecen y de las creencias, los valores y la ética que surgen en la mente y en la conciencia del ser humano.⁵¹

Uno de los grandes retos personales en la actualidad es “estar bien”, una búsqueda permanente que debe incluir la capacidad de “estar” y la de “ser”, una visión más permanente, a largo plazo. La Ley General de Salud señala en múltiples ocasiones el interés y objetivo de apoyar, promover y lograr el bienestar de los mexicanos, sin incluir la dimensión espiritual. Esto podría considerarse incluso uno de los motivos del pobre nivel de bienestar en México y, por ende, un gran espacio de oportunidad para todos.

Azita Jaberí y su equipo han explorado el concepto de salud espiritual en el ambiente clínico de enfermería y ciencias de la salud, y categorizaron sus resultados en términos de antecedentes, atributos y resultados de salud espiritual. Consideran que los principales atributos necesarios para la salud espiritual incluyen:⁵² trascendencia, propósito, significado, fidelidad, interconexión armoniosa, poder integrativo, multidimensionalidad y ser holístico. Es importante destacar que los resultados fueron el acceso al bienestar y el desarrollo moral.

En México el tema de salud espiritual se plantea elemental y urgente, en principio por número, ya que, de acuerdo con el INEGI, aproximadamente 95% de la población se adscribe a una religión; esto hace que sea uno de los países con más creyentes en el mundo. Y, en segundo lugar, por la crisis de respeto y valores que vive el país, empezando por la corrupción que hemos vivido en estos últimos años, reforzada por el problema de la violencia. Es muy importante detenernos y considerar la salud espiritual como catalizador del bienestar.

México tiene grandes manifestaciones religiosas y sociales, pero lo espiritual aquí marca la entrada a una sociedad con grandes pendientes sociales. Los aspectos espirituales son fuentes emblemáticas de esperanza, y su práctica —reflejada en

actividades prosociales— da significado a los eventos de la vida del mexicano, sea personal, familiar o social. No es cualquier cosa. Las creencias y prácticas espirituales y religiosas aportan a la vida cotidiana; sin embargo, los profesionales de la salud y la educación no tienen el hábito de explorarlas ni contemplarlas en su quehacer por temor a infringir la ley de un Estado laico, así que las dejan fuera del entendimiento personal y social del mexicano. Es preciso recordar que la exploración de la salud espiritual se traduce en abrir el debate de una dimensión presente e importante para todo ser humano, y esto no implica la promoción de ninguna religión, sino poder mirar hacia el interior y unirnos con la naturaleza o con la divinidad en todas sus formas.

La salud espiritual, representada en cada una de sus modalidades y preferencias, respeta la naturaleza, es efectiva a cualquier nivel (sea personal, familiar, grupal o social), involucra todas las edades y los géneros, ya que implica un respeto propio y del entorno, y se manifiesta con una actitud y una participación muy activas. Estas características generan cohesión y tejido social, donde tendrán impacto las convicciones, emociones, actitudes y prácticas que sean congruentes con lo bueno, noble, justo y correcto de lo natural y lo sagrado, manifiesto en uno mismo y el entorno. Es un estado de conciencia que alinea la vida con la salud, produciendo armonía, paz, esperanza y plenitud.



Capítulo 8

Alimentación saludable

Lactancia exclusiva de seis meses

Siempre que pensamos en la alimentación saludable empezamos de lejos, en el supermercado, en lugar de pensar en lo más cercano: el pezón y la boca. Olvidamos fácilmente lo sencillo y propiamente humano. Es la prescripción más natural del mundo, lo más fácil, barato, seguro y amoroso que ayuda al desarrollo de ambos, mamá e hijo. Es tan claro que forma parte de la propuesta de salud de las autoridades en beneficio de este inicio de vida —e inicio de la familia—. Todo se mejora con la leche materna.

Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el calostro, la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo, como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida.¹ Es muy claro que el beneficio empieza desde el principio, no hay que esperar. (Incluso han propuesto que exista la semana de la lactancia para promoverla, pensando en la primera semana de agosto de cada año.)

Sabemos que la leche materna evoluciona de acuerdo con el nivel de gestación del bebé, por lo que está programada a partir de las necesidades de crecimiento y desarrollo del bebé. La leche materna en la primera semana, el mencionado calostro, es excelente para la digestión, con un alto nivel de carotenos. En las siguientes dos semanas se produce la leche materna madura. Y si el bebé es prematuro, la leche estará programada para contener más proteína y menos glucosa, lo adecuado para sus requerimientos nutricionales.

Se recomienda la lactancia materna exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, y después debe continuar y complementarse con otros alimentos hasta los dos años. A pesar de muchos esfuerzos, es muy bajo el porcentaje de mujeres que alimentan a sus bebés con leche materna, por lo que implica un reto para el sector salud. Actualmente estamos en el nivel más bajo que se haya registrado en el país.

En 1981, la Asamblea General de la OMS aprobó el código de sucedáneos de la leche materna,² el cual autoriza el uso de las diferentes fórmulas sustitutas de la leche materna para ordenar y estructurar una oferta segura. Asimismo, también sirvió para la promoción de la industria en este campo, la cual es inmensa hoy en día gracias a la oferta

de hacer más fácil la vida de la mujer activa. Desde entonces se promueve de manera desmedida el uso de fórmulas sustitutas de la leche materna.

Algunos años después, en 1986, se incluyó el fomento de la lactancia materna en la Ley General de Salud,³ y solamente quedaron facultados los médicos para prescribir fórmulas artificiales en la alimentación de los recién nacidos durante su estancia en el hospital. Desafortunadamente, se volvió una práctica cotidiana, casi representativa de la modernidad, pero hizo más difícil la vida al no poder apoyarse en lo natural, creando efectos negativos a corto, mediano y largo plazos tanto en el bebé como en la madre.

Hasta 1995 se creó el Primer Comité Nacional de Lactancia Materna.⁴ La estrategia conjunta del Hospital y Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño amplió la promoción a todo el primer nivel de atención que buscaba vigorizar las actividades del comité. La sociedad civil, por su parte, ya había fundado la Liga de la Leche cerca de 20 años antes, misma que hoy reúne a más de 85 países.⁵

LACTARIOS

Será el lugar que marque el cambio social, el enfoque de género y el respeto por el bebé, y la legislación, como ya vimos, apoya la lactancia. La alianza global en pro de esta forma de alimentación promueve que los lactarios sean una realidad con su lema “Amamantar y trabajar, logremos que sea posible”.⁶ La Ley Federal del Trabajo habla acerca de las madres trabajadoras y de sus derechos en el artículo 170, incluyendo que en el periodo de lactancia tengan dos reposos de media hora por día para alimentar a sus hijos, aunado a que deba ser en un lugar asignado por la empresa, cómodo, con refrigeradores para almacenar de manera segura y protegida las tomas, lavabo e insumos de limpieza, bombas manuales semi o automáticas, y esterilizador. El espacio debe ser higiénico y exclusivo para la extracción o el almacenamiento, en caso de que no puedan llevar consigo a sus hijos. Lo ideal es que exista una guardería cercana a su trabajo y poder ir a amamantarlo, multiplicando el efecto de la lactancia. Toda mujer trabajadora embarazada debe conocer lo que dice la ley a su favor.⁷

En 2012 se publicó un acuerdo del Consejo de Salubridad General donde se establecieron las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica.⁸ Exige que lleven a cabo un procedimiento de certificación para asegurar que se haga de manera estructurada y adecuada a la población mexicana, promoviendo la leche materna.

Estamos tan acostumbrados a hablar o escuchar sobre la lactancia materna, que se perdió la dimensión de tan inmenso recurso, incluso desde el punto de vista económico, ya que es gratuita, saludable, protege de infecciones y es incluso promotora de la inteligencia. Prevé problemas digestivos, gástricos,⁹ infecciones respiratorias, alergias, y es menor el riesgo de muerte súbita.¹⁰ De igual manera, amamantar ayuda directamente a

la mamá previniendo el cáncer de mama y de ovario, la hipertensión arterial y los infartos al corazón.¹¹

México se encuentra en un nivel muy bajo. Entre las tasas más bajas de América Latina, que se encuentran alrededor de 30 y 39% en el mundo, tenemos menos de 15%.¹² La lactancia exclusiva en nuestro país desciende desde las primeras semanas de nacido y decrece más conforme pasan los años, de acuerdo con las encuestas nacionales de nutrición.¹³ Pero si vemos el tamaño del mercado de las fórmulas lácteas, el cual representa 2.2 billones de dólares de ganancias, entendemos que se inserta en la sociedad de consumo promotora del ambiente obesogénico. Y dado el incremento de trabajo de las mujeres mexicanas, este mercado crecerá exponencialmente, según calculan los mercadólogos.¹⁴

Existen estudios que señalan conclusiones muy preocupantes: por ejemplo, en cuanto a la presencia de obesidad pregestacional y alimentación con fórmula láctea exclusiva, ya que representa un riesgo 64.38% mayor de desarrollar sobrepeso y obesidad a los 12 meses de edad.¹⁵ En otra publicación se asoció el uso de fórmulas lácteas, especialmente las que poseen un alto contenido proteico, con el aumento en el riesgo de presentar sobrepeso u obesidad en edades posteriores.¹⁶ De tal manera, es necesario incluir como conducta obesogénica la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Esto va de la mano con los datos alarmantes sobre la caída de esta forma de alimentación a 50% entre 2006 y 2012.¹⁷

El UNICEF estableció los siguientes diez puntos para una estrategia exitosa de lactancia materna exclusiva que involucre a la población y a los servicios de salud:¹⁸

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica dicha política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe alimentar al niño y cómo mantener constante la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, a no ser que estén indicados por un médico.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.

9. No dar a los niños chupones artificiales.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

¿QUÉ DEBEN COMER LAS MUJERES EMBARAZADAS O EN PERIODO DE LACTANCIA?

Las mujeres en gestación o lactancia con un estado de salud adecuado sólo deben hacer pequeñas modificaciones a su dieta. Para la mujer embarazada, las necesidades de alimentación aumentan en cuanto a los nutrimentos que requiere el bebé para su desarrollo: hierro, ácido fólico, calcio y zinc, así como frutas ricas en vitamina C y verduras de color verde. El consumo diario de seis a siete frutas y de cinco a seis porciones de verduras cubre los nutrimentos necesarios, aunque es recomendable tomar suplementos con hierro, calcio y ácido fólico.

Durante el periodo de lactancia hay mucha demanda de energía, sobre todo cuando el bebé se alimenta únicamente de leche materna. El calcio es esencial en esta etapa, al igual que algunos minerales que se pueden obtener en verduras de color verde. El consumo de verduras y frutas refuerza la aportación de vitaminas A y E para mantener las reservas de la mujer lactante y asegurar la buena calidad de la leche. Es recomendable que durante este periodo agregue una o dos raciones más al platillo principal del día.

Sabemos que esos primeros mil días de vida desde la concepción son importantes porque sucede una “programación nutricional”¹⁹ que va marcar la calidad del crecimiento. Recordemos también que en las etapas tempranas sucede la enseñanza del registro de hambre y saciedad en el bebé, lo que se da más fácilmente con la lactancia materna, ya que las proporciones de leche son más adecuadas: no se miden en mililitros, sino por la necesidad fisiológica del bebé.

Destaca la calidad de la leche materna, pero también es promotora del desarrollo emocional como puente para transmitir afectos. Es en esta etapa que se descubre cómo es más placentero por momentos recibir caricias, cantos y arrullos, que comer. Lo observamos cuando el bebé interrumpe el amamantamiento ante el tacto de la madre o del padre, pudiendo dar paso al impacto del contacto afectivo, un brinco de evolución humana muy importante al postergar algo biológico urgente por otra clase de urgencia, ahora emocional, que dé paso a la parentalidad.

Este desarrollo emocional asociado con la lactancia los prepara para poder estar solos, sabiendo que cuentan incondicionalmente con su madre, y los alista para su crecimiento intelectual y emocional. En la lactancia hay un gran espacio de oportunidad para revertir el analfabetismo emocional. Aun así, entre los infantes mexicanos sólo se reporta 14.4% con lactancia materna exclusiva (sin ningún otro líquido o alimento) por un periodo de seis meses. Es muy poco. México ocupa el último lugar en lactancia de América Latina, junto con República Dominicana,²⁰ y es alarmante que no seamos los primeros considerando la extensión de nuestro territorio. Estamos muy lejos de las

recomendaciones de la OMS para esta práctica milenaria que podría beneficiar a 1.4 millones de niños. Todos debemos trabajar para empoderar a las mujeres embarazadas y exigir lactarios en los espacios laborales públicos y privados. De esta manera, tanto ellas como sus bebés podrán beneficiarse de tan bello y crucial proceso, así como aportar de manera contundente a la lucha contra el sobrepeso y la obesidad.²¹

Alimentación natural

Es importante asociar las verduras y frutas a la alimentación, así como el agua simple potable, ya que son el fundamento, y aun así se trata de los alimentos más saludables que menos consume el mexicano. Debemos considerarlos componentes suplementarios inseparables y siempre incluirlos en las comidas, para todas las edades y para cualquier platillo que uno cocine o ingiera en algún restaurante, incluso de comida rápida. Consumir siempre verduras, frutas y agua simple potable sería un triunfo contra el ambiente obesogénico al eliminar una de las principales conductas obesogénicas.

Una *alimentación equilibrada* es indispensable para gozar de buena salud. Una persona es sana cuando su organismo ejerce normalmente todas sus funciones, lo que le permite disfrutar de bienestar y calidad de vida. Llevar una mala alimentación se relaciona directamente con el desarrollo de enfermedades, cuyos efectos se incluyen en el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, la principal causa de mortandad y discapacidad en México y América Latina.

En México sólo una pequeña parte de la población puede considerarse saludable, de ahí que la tendencia a padecer diversas enfermedades (obesidad, diabetes, hipertensión) crezca aceleradamente. Esto se debe, al menos en parte, a la adopción de malos hábitos alimenticios. Los alimentos tradicionales han sido reemplazados por otros con un contenido energético excesivo; se ha elevado el consumo de productos industrializados que tienen un alto contenido de grasas saturadas, sal y azúcar, y se ha reducido el consumo de verduras y frutas, lo que significa menos fibra, carbohidratos complejos, minerales y vitaminas antioxidantes. Además, el agua simple potable no es la principal bebida de consumo, siendo el líquido fundamental para todo ser vivo.

No hay alimentos malos, sino dietas mal balanceadas que no son saludables. Hay alimentos que no aportan nutrimentos, como los refrescos, que contienen calorías vacías. Pero incluso los alimentos más altos en grasas y calorías se pueden consumir, la diferencia es que debe ser en condiciones normales, con moderación, en *porciones pequeñas*. Es importante que la alimentación diaria de una persona reúna en conjunto las características de una dieta que permita tener una vida sana. Debe ser:

- **Completa.** Incluir los tres tipos de alimentos básicos, verduras y frutas (son ricas en vitaminas y minerales, ayudan a todos los procesos de desarrollo y previenen enfermedades), cereales (ofrecen energía necesaria para las actividades diarias), leguminosas y alimentos de origen animal (aportan las proteínas que permiten formar los músculos).

- **Variada.** México es un país que produce una gran variedad de alimentos. Por ejemplo, en cuanto a las verduras y frutas se pueden encontrar alrededor de 150 variedades de temporada en el país, de calidad y a precios muy accesibles.
- **Suficiente.** La tercera parte de nuestra dieta debe estar cubierta por cada uno de los grupos de alimentos indicados en el primer punto. Por ejemplo, alrededor de 50% de carbohidratos, entre 10 y 20% de proteínas, y no más de 30% de grasas, cuidando que no sean saturadas. Lo más recomendable es consumir diario cinco porciones de verduras y frutas, siguiendo la propuesta mundial de “5 × día”.²²
- **Equilibrada.** Para realizar las actividades diarias debemos consumir todos los nutrimentos necesarios, que incluyan carbohidratos, grasas y proteínas.
- **Higiénica.** Tomar medidas para que los alimentos estén libres de cualquier tipo de bacteria. Lava y desinfecta las verduras y las frutas, o hierva los alimentos.

La dieta también debe ser adecuada a las características (atleta, enfermo, embarazo, etcétera) y necesidades propias de cada individuo (edad, complexión, nivel de actividad). Durante la infancia y la adolescencia nuestros requerimientos calóricos son mayores que en la edad adulta o en la vejez, y superior si practicamos alguna actividad física o si nuestra constitución es fuerte.

Es importante siempre tener la opinión de un nutriólogo que nos haga un plan personal de nutrición en cada época de la vida. Es conveniente contar con un especialista en nutrición dentro de tu equipo médico, pediatra, ginecólogo, entre otros. Recuerda que el modelo para todo plan de alimentación adecuado siempre debe incluir desayuno, comida y cena, con dos refrigerios entre esas comidas. (El desayuno es el alimento que se ingiere una hora después de despertar, no seis horas más tarde, no es saludable.)

Nutrimentos

La alimentación saludable y balanceada nos provee diariamente la energía necesaria para que nuestro organismo cumpla sus funciones vitales y todavía tenga la suficiente energía para realizar las actividades diarias —además de crecer, en el caso de los niños y los adolescentes—. Todo esto se obtiene de los nutrimentos en los alimentos que consumimos:

Carbohidratos o azúcares. Son la principal fuente de energía en la dieta diaria, aportan entre 50 y 60% del total de calorías que necesita el organismo; el resto proviene de las proteínas y las grasas. Se les divide en dos tipos: *simples* y *complejos*. La absorción de los carbohidratos simples es directa y rápida, mientras que los complejos necesitan

transformarse para que los absorba el organismo. Los azúcares *simples* se encuentran en frutas, leche y alimentos dulces procesados (mermelada, cajeta, miel, dulces). De los azúcares *complejos* el más abundante es el almidón, que se encuentra en cereales integrales, arroz, pastas, panes, tortillas y verduras.

Algunos azúcares simples, como la fructuosa, la glucosa y la sacarosa, son componentes abundantes en las frutas, además de la causa de su sabor dulce. En las verduras, los carbohidratos son el segundo componente más abundante después del agua; pero a diferencia del contenido de las frutas, se trata principalmente de azúcares complejos, como es el caso del almidón, que se encuentra fundamentalmente en las verduras de raíz (zanahoria), los tubérculos (betabel) y en leguminosas frescas (chícharo y ejote). Conforme sea más alto su contenido de almidón (lo que le da a la verdura una consistencia dura y harinosa, y un sabor más dulce), mayor será su valor energético.

Proteínas. Las proteínas son la fuente principal para el crecimiento y la renovación de los tejidos. Están formadas por compuestos llamados aminoácidos, algunos de los cuales son producidos por el cuerpo, pero otros deben consumirse en los alimentos, tanto en los de origen animal (carne, pollo, pescado, huevo, leche y sus derivados) como en las leguminosas (frijol, lenteja, haba, garbanzo y soya).

Grasas. Las grasas proveen energía al organismo y son portadoras de vitaminas. Protegen a los órganos vitales de posibles lesiones y aíslan el calor corporal para evitar que se pierda rápidamente. Se encuentran en alimentos de origen animal y vegetal; en el primer caso, la mayoría son grasas saturadas, y en el segundo, insaturadas. La principal diferencia entre ambos tipos de grasas es que mientras las saturadas aumentan el colesterol en la sangre, las insaturadas lo disminuyen. La OMS recomienda que menos de 30% del consumo diario de calorías provenga de las grasas,²³ y cuidar que no sea del tipo saturado. En las verduras y frutas, la cantidad de grasa es mínima, no supera 1%, con excepción del aguacate, cuyo contenido de grasa es de 13.5%.

MIEL DE ABEJA: ORO LÍQUIDO EN MÉXICO²⁴

El Senado de la República eligió un muy buen título, Miel, oro líquido de México, para hablar de esa sustancia dorada y adorada desde hace miles de años en todas las culturas de la humanidad, sin faltar la mexicana. Nuestro país es autosuficiente, sin llegar a ser un consumidor fuerte; hay habitantes que nunca la han probado y el consumo anual promedio por persona no rebasa los 100 mililitros.

Este elixir dorado recorre toda la gama de preferencias: estructura molecular, composición física, olor, sabor, facultades biológicas, culinarias y curativas. Descubrimos sus cualidades en diferentes productos, no sólo alimentos, sino cosméticos, cremas, mascarillas, champús y todo tipo de productos de belleza. Pero también es parte de elixires medicinales que cuidan la garganta, calman la tos, mejoran la memoria y dan

energía como pocas sustancias en este mundo. Se sabe que la miel es el único alimento natural que no se deteriora en condiciones naturales. Su efecto también se percibe en enfermedades reumáticas y hepáticas. Además de la miel, productos como el polen, la cera, la jalea real y el propóleo tienen amplias funciones en la gastronomía, la farmacéutica y la industria cosmética.

Las abejas polinizan 71% de los cultivos del mundo, son las más importantes guardianas del ecosistema. Una sola colmena puede elaborar cerca de 27 kilogramos de miel, pero para obtener uno las abejas hacen un promedio de 200 000 vuelos. En 2016 la producción mexicana reportó 58 000 toneladas, de las cuales exportamos más de 50%, lo que deja a México como el séptimo productor mundial y el tercer exportador, beneficiando a 42 000 familias, un universo de casi dos millones de colmenas. Los principales estados productores son Yucatán, con cerca de 8 000 toneladas, Campeche, Jalisco, Chiapas, Veracruz, Oaxaca, Quintana Roo, Guerrero y Michoacán.

Algunos beneficios de consumir miel:

1. *Aporta a la regulación de los niveles sanguíneos de glucosa.* Al procesarse, la fructuosa en la miel facilita que el hígado capte la glucosa para formar glucógeno, disponible para la energía de órganos como el cerebro y el corazón. Es por eso que la miel no incrementa los niveles de “azúcar en la sangre”, ya que facilita su uso por el hígado, produciendo más glucógeno por gramo de miel que ningún otro alimento natural.
2. *Reduce el estrés metabólico.* El estrés de todo tipo (emocional, fisiológico, familiar, social) se refleja en el cuerpo como estrés metabólico, un estado de alerta física con alto gasto energético. Por las señales cerebrales de alerta y el riesgo de no tener energía, las glándulas suprarrenales generan adrenalina y cortisol, dañinos para el ser humano.
3. *Funcionamiento cerebral.* Las reservas de glucógeno evitan la liberación de hormonas de estrés que alteran el equilibrio saludable del metabolismo. La miel será la generadora de la reserva estratégica de glucógeno para el cerebro en el hígado, y lo suministrará progresivamente de acuerdo con las necesidades. Así no bajarán los niveles de glucosa en sangre ni se disparará una crisis. Dentro del proceso celular destaca el calcio y su función en el origen de la señal eléctrica que genera la comunicación neuronal, fundamental para los buenos procesos cerebrales y la comunicación celular de calidad. La miel aporta a la absorción y fijación del calcio en el cuerpo; por ende, favorece las funciones cerebrales y sus redes neuronales.
4. *Calidad del sueño.* La miel produce una muy ligera liberación de insulina, facilitando el ingreso del triptófano (uno de los 20 aminoácidos fundamentales, encontrado en la leche, queso, pollo, pavo, pescado, tofu, soya, semillas de ajonjolí, calabaza, nueces, cacahuates) al cerebro y permite la secreción de la melatonina, hormona que regula el ciclo de sueño y vigilia. Un vaso de leche tibia semidescremada con una cucharada de miel ayuda a tener un sueño reparador. El triptófano también está vinculado con la síntesis de la serotonina, la cual influye en el estado de ánimo.
5. *Piel.* Dadas sus características físicas, la miel puede tener efectos interesantes en el tejido epitelial. Disminuye el pH y es un agente antibacteriano porque no permite que se genere la humedad que los microbios necesitan para vivir, altera los procesos celulares asociados con los requerimientos de hierro y rompe las paredes celulares de las bacterias.
6. *Digestión.* Contiene una cantidad elevada de fructooligosacáridos (FOS), energéticamente fuertes y con función similar a la fibra vegetal cuando entra al colon: captan agua, aumentan el volumen de las heces, generan gases, incrementan el peristaltismo (movilidad intestinal) y tienen un efecto laxante ligero. La miel es un alimento excelente para las bacterias benéficas del colon, responsables de la fermentación y la putrefacción de los residuos de alimentos que darán como resultado las heces.

Consume una cucharada en la mañana, al acostarte y antes de hacer ejercicio, siempre acompañada de una dieta bien balanceada.

Vitaminas. Las vitaminas realizan funciones esenciales en el organismo, actúan como antioxidantes, contribuyen a la renovación celular, fortalecen las defensas inmunológicas, ayudan al cuerpo a transformar la energía y son necesarias para un buen funcionamiento del sistema nervioso. En las verduras y frutas, el contenido de vitaminas es muy variable, pero las más abundantes son la vitamina C, el ácido fólico y los carotenos. La cocción de los alimentos puede disminuir su contenido de vitaminas. Esto no suele ocurrir con las frutas, pero sí con las verduras. Las verduras ricas en vitamina C (espinaca, coliflor) conservan un mayor contenido cuando se cuecen al vapor.

Vitaminas	Función	Alimentos donde se encuentran
Vitamina A	Interviene en el mantenimiento de los tejidos, la visión y las defensas inmunológicas. Contribuye a la renovación celular. Actúa como antioxidante.	Acelga, calabaza, espinaca, jitomate, chabacano y melón.
Complejo B	Ayuda al organismo a transformar la energía. Es indispensable para el buen funcionamiento del sistema nervioso.	Calabacita, champiñón, chícharo, chile, ejote, hoja de chaya, huauzontle, perejil, aguacate, plátano y tamarindo.
Vitamina C	Ayuda a la formación del colágeno. Mejora la absorción del hierro y actúa como antioxidante.	Brócoli, chiles, col de Bruselas, coliflor, perejil, pimiento morrón, guayaba y limón.
Vitamina E	Es antioxidante porque protege de los radicales libres, resultado de la descomposición de los alimentos.	Aceite de oliva, almendras, espinaca y aguacate.
Vitamina K	Participa en la coagulación de la sangre.	Brócoli, col de Bruselas, espinaca y lechuga.
Ácido fólico	Ayuda a prevenir los defectos del tubo neural y previene la anemia.	Acelga, berro, betabel, endivia, espárrago, espinaca y perejil.

Minerales. intervienen en la transmisión de impulsos nerviosos y en la contracción muscular, ayudan al equilibrio del agua en el cuerpo y al de la presión arterial, facilitan el transporte de nutrimentos en el organismo y son constituyentes de los huesos, los dientes y la hemoglobina. El principal elemento que abunda en las verduras es el potasio, aunque destacan otros, como el calcio, el hierro, el sodio y el magnesio.

Minerales	Función	Alimentos donde se encuentran
Calcio	Interviene en la transmisión de impulsos nerviosos y contracción muscular. Es el constituyente de huesos y dientes.	Berro, brócoli, epazote, espinaca, nopal, perejil y quelite.
Hierro	Forma parte de la hemoglobina, por lo que participa en la transportación del oxígeno en la sangre. Su deficiencia puede producir anemia.	Acelga, calabaza criolla, cebolla amarilla, cilantro, champiñón, chiles, col de Bruselas, espinaca, perejil, quelite y tomate verde.
Magnesio	Interviene en la transformación de proteínas y es importante para la correcta transmisión de los impulsos nerviosos.	Acelga, epazote, huauzontle, verdolaga, tamarindo y tuna.
Potasio	Ayuda al balance hídrico del organismo, la contracción muscular, los impulsos nerviosos, la regulación de la presión osmótica y el transporte de nutrimentos.	Aguacate, ajo, alcachofa, brócoli, calabaza de castilla, champiñón, chiles, cilantro, col de Bruselas, colinabo, endivia, huauzontle, nopal, perejil, quelite, verdolaga, granada china, melón, plátano y tamarindo.
Sodio	Ayuda a mantener el correcto equilibrio hídrico del cuerpo y la presión arterial. Interviene en la contracción muscular y la conducción nerviosa.	Acelga, alcachofa, apio, espinaca y zanahoria.

Fibra. Las fibras favorecen el proceso digestivo del organismo y, como parte de una alimentación saludable, pueden contribuir en la prevención de algunas enfermedades. Existen dos tipos de fibra: la soluble y la insoluble. La primera destaca por su poder laxante y por retardar la absorción de los carbohidratos, lo que genera una sensación de saciedad. Después de comer disminuye también la absorción de ácidos biliares y los niveles de colesterol, triglicéridos e insulina. Entre los alimentos con mayor contenido de fibra dietética se encuentran el nopal, la zanahoria, la guayaba, la manzana, la papaya, el brócoli, el frijol, la lenteja y la avena. En el caso de las frutas, el contenido de fibra se reduce cuando se quita la cáscara.

Verduras y frutas

Constituyen un grupo de alimentos indispensable para el ser humano y es deseable elevar su consumo debido a su composición química favorable, pues tienen una densidad energética baja en general: son pobres en grasas, sacarosa y sodio, y aportan agua, fibras alimentarias, muchas vitaminas y minerales, y una amplia variedad de compuestos antioxidantes y otras sustancias bioactivas.²⁵

Las verduras son un grupo de alimentos que favorece la saciedad oportuna y, dado su contenido de fibras solubles, tienen un índice glucémico bajo y modulan favorablemente la glucemia. Su consumo suficiente asegura la ingesta de sus nutrientes y compuestos, además de que desplaza el consumo de alimentos y productos de alta densidad energética, altos en grasas saturadas, azúcar y sodio. Además, las verduras y las frutas aportan variedad a la dieta, al tiempo que, por su diversidad de colores y texturas, estimulan los sentidos.

Las dietas ricas en verduras y frutas se asocian con una menor incidencia de obesidad,²⁶ enfermedad cardiovascular,²⁷ diabetes tipo 2²⁸ y varios tipos de cáncer.²⁹ Se considera que el consumo suficiente de estos alimentos podría salvar cada año 2.7 millones de vidas, previniendo enfermedades crónicas no transmisibles,³⁰ pues uno de los principales factores de riesgo para desarrollarlas es la ingesta insuficiente de verduras y frutas, asociada con 19% del cáncer gastrointestinal y 31% de cardiopatía isquémica.³¹ Habría que analizar si el bajo consumo en México se debe a la promoción comercial de productos procesados o al aumento en la exportación de verdura y fruta, dejando en el país una menor cantidad.³² En 2003 la OMS y la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) formularon una iniciativa mundial para aumentar el consumo de verduras y frutas.³³ El informe OMS/FAO señala una meta poblacional de ingestión de por lo menos 400 gramos diarios de verduras y frutas, es decir, unas cinco porciones, o cuatro y media tazas, sin incluir tubérculos feculentos, como la papa y la yuca. Es el origen del programa “5 × día”. Las recomendaciones promedio de ingestión por edad son: de uno a cuatro años, 200 gramos (2.5 porciones); de cinco a ocho años, 300 gramos (3.5 porciones), y a partir de esa edad, 400 gramos (cinco porciones).³⁴

Porciones recomendadas de verduras y frutas (1 a 15 años)

Niñas			Niños		
Edad	Verduras (porciones)	Frutas (porciones)	Edad	Verduras (porciones)	Frutas (porciones)

Preescolar (1-6 años)	3	3	Preescolar (1-6 años)	3	3
Escolar (6-11 años)	3½	3½	Escolar (6-11 años)	3½	4
Preadolescente (11-15 años)	4	5	Preadolescente (11-15 años)	4½	5

**Porciones de verduras y frutas recomendables
para jóvenes y adultos por nivel de actividad física**

Actividad física	Edad	Mujeres		Hombres	
		Verduras (porciones)	Frutas (porciones)	Verduras (porciones)	Frutas (porciones)
Ligera	15-19 años	5	5	5	5
	19-25 años	4½	4½	5	5
	25-60 años	4½	4	5	4
	Más de 60 años	4	3	4	3
Moderada	15-19 años	5½	5½	5½	5½
	19-25 años	5	5	5½	5½
	25-60 años	5	4½	5½	4½
	Más de 60 años	4½	3½	4½	3½
Intensa	15-19 años	6	6	6	6
	19-25 años	5½	5½	6	6
	25-60 años	5½	5	6	5
	Más de 60 años	5	4	5	4

Este programa también clasifica las verduras y frutas por el color que las identifica por los fotoquímicos que contienen:³⁵

- **Rojo.** Las verduras y frutas de color rojo contienen antioxidantes y disminuyen el riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer, principalmente del aparato digestivo y de próstata. Asimismo, contribuyen a una menor incidencia de enfermedades coronarias. Ejemplos: betabel, cebolla morada, col morada, pimiento rojo, jitomate, arándano, cereza, frambuesa, fresa, manzana roja, sandía.
- **Azul-morado.** Contienen antioxidantes que previenen padecimientos como cáncer, arterosclerosis e inflamaciones, además de retardar el envejecimiento. Ejemplos: arándano azul, ciruela, ciruela pasa, higo, uva morada, zarzamora, berenjena.
- **Verde.** Tienen una gran capacidad antioxidante, disminuyen el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, estómago, colon y recto, y protegen de las enfermedades cardiovasculares. Ejemplos: brócoli, chícharo, col, espinaca, lechuga, kiwi.
- **Amarillo-naranja.** Proveen antioxidantes que mejoran la respuesta inmunológica, ayudan a la salud del corazón y la vista, y disminuyen el riesgo de cáncer, principalmente pulmonar. Ejemplos: calabaza, chile, pimiento amarillo, zanahoria, chabacano, mango, mandarina, melón, durazno, naranja, papaya.
- **Blanco.** Ayudan a disminuir el colesterol, proteger contra enfermedades cardiovasculares y reducir el riesgo de cáncer, particularmente estomacal y de colon. Ejemplos: ajo, cebolla, coliflor, poro, uvas blancas, pera.

Verduras y frutas de temporada en México³⁶

En 2010 se creó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria y la Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad,³⁷ un programa conjunto entre las secretarías de Salud y de Educación con el objeto de llegar a un acuerdo mutuo para realizar acciones específicas que orienten a los alumnos, padres de familia y profesores encargados de las tiendas escolares y apoyen la salud alimentaria. Incluye entre sus objetivos incrementar el consumo diario de verduras, frutas, leguminosas, cereales de grano entero y fibra, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoción.

El consumo medio actual en México se estima en 95 gramos (dos porciones de fruta y una de verdura) y sólo es satisfactorio en 30.8% de los niños preescolares, 19.2% de los adolescentes y 24.2% de los adultos.³⁸ Se necesitan programas que promuevan su consumo, pero deben ser interdisciplinarios, socialmente incluyentes y participativos. De acuerdo con la recomendación de la OMS,³⁹ en el diseño de tales programas deben participar conjuntamente los ministerios de salud y agricultura, pero también los de educación, economía y hacienda, así como los sectores privado y social, la academia y los medios de información. Es necesario que los programas sean coherentes y complementarios con las políticas (alimentarias y de nutrición, sanitarias, agrícolas y

ambientales) y los planes del país, al igual que evitar la idea subyacente de que la alimentación natural es desagradable y se necesita ofrecer premios y otros estímulos para que se consuman frutas y verduras (con frecuencia se trata de dulces con grandes cantidades de azúcar, los cuales alteran el gusto de niños y adultos, entorpeciendo el consumo de verduras).

El costo es un factor importante en el consumo de verduras y frutas. En general, el aumento de precio se refleja en un menor consumo, por lo que se debe prestar más atención, y en particular en zonas pobres.⁴⁰ Es fundamental establecer políticas que reduzcan el precio relativo de verduras y frutas. Tal vez se requieran subsidios y estímulos fiscales, o programas promocionales en las tiendas gubernamentales, sindicales y locales. Será crucial establecer acuerdos con el sector privado para mejorar la distribución de verduras y frutas, y para innovar y desarrollar mejores productos.

Se debe promover la producción y el uso de cultivos culturalmente apropiados, fomentar las tecnologías sostenibles, los *huertos familiares* y *escolares*, así como la agricultura urbana (de traspatio). Es preciso considerar las capacidades de producción local o nacional, las prácticas agrícolas y alimentarias tradicionales y el estado de salud de la población, aprovechando los programas de promoción y los recursos humanos y de información ya existentes.

Las verduras y las frutas necesitan estar ampliamente disponibles en el sistema comercial público y privado, en los restaurantes y servicios alimentarios institucionales (escuelas, hospitales, cuarteles, comedores laborales, hoteles, etcétera) y formar parte de todos los programas gubernamentales de alimentación. La disponibilidad es necesaria para aumentar el consumo, pero no es suficiente por sí sola. Ante todo, debemos aumentar la demanda.

Cambiamos el concepto de que las verduras son simples guarniciones o que las frutas son sólo posibles postres, y reforcemos la idea de que pueden y deben ser alimentos principales. Los recursos de mercadotecnia son cruciales en este esfuerzo. Por ejemplo, en 2012 se instauró la Semana Nacional de Alimentación Escolar en el mes de octubre ante la necesidad de desarrollar la cultura de la alimentación saludable.⁴¹ Debemos estar muy atentos, participar y apoyar programas que nos inspiren a llevar una alimentación más saludable.

SIN SAL

En el año 2000 aproximadamente uno de cada cuatro adultos en todo el mundo tenía hipertensión.⁴² En 2025, sin intervenciones, se espera que 29% de los adultos de todo el mundo tengan hipertensión.⁴³ En los diferentes países de América Latina la prevalencia oscila entre 26 y 42% de la población adulta en general.⁴⁴

La OMS señala que este aumento de la presión arterial a nivel global es el principal factor de riesgo de muerte⁴⁵ y el segundo de discapacidad por enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.⁴⁶ Mientras que la mayoría de los profesionales de la salud considera “hipertensión” como la presión arterial sistólica de 140 mmHg o más, el riesgo relativo de enfermedades cardiovasculares (ECV) es mayor cuando la presión arterial sube por encima de 115 mmHg. Una gama mucho más amplia de la presión arterial inadecuada se vincula con la mayoría de las muertes por enfermedad isquémica del corazón y derrame cerebral.⁴⁷

Hay evidencia sólida de que la sal añadida a la alimentación es un factor importante para el aumento de la presión arterial en personas normotensas e hipertensas, sean adultos o niños. Una dieta alta en sal también es una causa probable de cáncer gástrico y tiene posibles asociaciones con la osteoporosis, las piedras renales y un aumento de la severidad del asma. Ya que los alimentos salados causan sed, es probable que sea un contribuyente importante de la obesidad, sobre todo en niños y adolescentes, por su asociación con un mayor consumo de bebidas altas en calorías.⁴⁸

En 2001 el manejo de la presión arterial no óptima y las enfermedades resultantes consumieron aproximadamente 10% de los gastos de cuidado de salud a nivel global, aunque sólo es un estimado conservador. Si se suman las pérdidas por muerte prematura, el costo puede ser hasta 20 veces mayor.⁴⁹ Reducir la presión arterial efectivamente en una escala universal requiere acciones con gran alcance, sin embargo, el asesoramiento individual y la enseñanza deben ser parte de cualquier enfoque global.

Por otro lado, disminuir el consumo de sal en la dieta es un factor importante, no sólo la que se utiliza en la mesa, sino dentro de alimentos procesados como el pan, las carnes procesadas y los cereales para el desayuno.⁵⁰ Los gobiernos necesitan un enfoque poblacional para reducir la ingesta de sal, ya que los aditivos en los alimentos son muy comunes y se usan grandes cantidades de sal para una mayor conservación a lo largo del tiempo.

Un informe técnico de la OMS y la FAO recomienda una ingesta de sal de menos de cinco gramos al día, por persona, equivalente a 2 000 miligramos de sodio.⁵¹ Las personas no son conscientes de la cantidad de sal que comen en distintos alimentos y de los efectos adversos en su salud. Los niños son especialmente vulnerables. Es claro que la sal tiene sus efectos positivos, pero lo delicado es el exceso.

Agua simple potable

Tres cuartas partes de nuestro cuerpo están constituidas por agua, de ahí lo importante de mantenernos hidratados. La señal de sed se percibe cuando el cuerpo ya está deshidratado, por eso hay que mantener una ingesta adecuada al día y no esperar a tener sed para beber agua. La cantidad aproximada que necesita un adulto para reponer la pérdida de líquido diaria es de aproximadamente dos litros, misma que se incrementa de acuerdo con la transpiración por cambios de temperatura ambiental o en la actividad física.

La deshidratación repercute negativamente en el rendimiento porque genera agotamiento físico y falta de concentración. La deshidratación puede generar cansancio, dolor de cabeza y calambres. Beber café durante el día tiene un efecto diurético, así que se deberán reponer un poco más de dos litros diarios para compensar su pérdida.

Se ha visto que algunas personas confunden la señal de sed con hambre y buscan saciar ambas con refrescos o bebidas con un alto contenido calórico. Otro factor del cual debemos estar pendientes es que en las personas de mayor edad la señal de sed pierde eficacia, así que se corre el riesgo de estar deshidratado y no haberlo percibido.

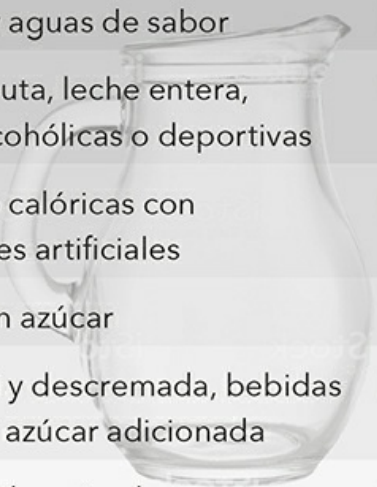
La recomendación diaria de consumo de bebidas para una vida saludable,⁵² hoy conocida como “La jarra del buen beber”,⁵³ es resultado de una convocatoria en 2008 que hizo la Secretaría de Salud a un grupo de expertos para desarrollar lineamientos basados en evidencia científica. Los mexicanos que consumen agua son una minoría, por lo que se necesita también alertar sobre las bebidas como factor de riesgo de sobrepeso y obesidad. Las bebidas que prefiere la población mexicana representan 20% de las calorías que consume, y no menos de 11%, como sugieren los organismos internacionales.

La evidencia científica ratifica que las bebidas que contienen azúcar o fructuosa incrementan el riesgo de obesidad, por lo que se hizo una clasificación en seis categorías de acuerdo con su contenido calórico o energético, su valor nutricional y los riesgos que representa para la salud:⁵⁴

- **Nivel 1, agua simple potable.** Se le agrega el calificativo “simple” para alejarnos de las aguas frescas que llevan mucha azúcar. El agua es la elección más saludable, la bebida recomendada para satisfacer las necesidades cotidianas de líquidos. No aporta calorías, es indispensable para el metabolismo y diferentes funciones fisiológicas del organismo, incluye algunos minerales esenciales, como magnesio y calcio, y no tiene efectos perjudiciales para la salud cuando se ingiere adecuadamente.
- **Nivel 2. Leche baja en grasa (1%), sin grasa y bebidas de soya sin azúcar.** La leche es un alimento completo que contiene nutrimentos esenciales, como proteínas, vitaminas y minerales, entre los que destacan las vitaminas A y D, además de ser la fuente principal de calcio. La leche de soya representa una buena opción, al igual que el yogurt, para quienes tienen poca tolerancia a la lactosa.
- **Nivel 3. Café y té sin azúcar.** El té proporciona antioxidantes y micronutrimentos, mientras que el café en cantidades moderadas (dos o tres tazas al día) se asocia con diversos beneficios, como una menor propensión al Alzheimer. Debes cuidar las calorías en caso de añadir azúcar y crema.
- **Nivel 4. Bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales.** Incluye los refrescos de dieta, así como bebidas sin calorías a base de café o té. No aportan calorías, pero tampoco nutren y no se recomiendan para niños.
- **Nivel 5. Bebidas con alto valor calórico y limitados beneficios para la salud.** Jugos de fruta, leche entera, licuados de fruta con azúcar o miel, bebidas alcohólicas y bebidas

isotónicas. Deben limitarse por su alto valor calórico, y se sugiere no exceder medio vaso al día.

- **Nivel 6. Bebidas con azúcar y bajo contenido de nutrimentos.** Refrescos y otras bebidas con altas cantidades de azúcares añadidos, como jugos, aguas frescas, café y té. Los refrescos en particular proporcionan excesivas calorías y pocos beneficios nutricionales. Se recomienda un consumo ocasional.



Refrescos y aguas de sabor	Nivel 6	0 vasos ⚠
Jugos de fruta, leche entera, bebidas alcohólicas o deportivas	Nivel 5	0-½ vaso ⚠
Bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales	Nivel 4	0-2 vasos ☹
Café y té sin azúcar	Nivel 3	0-4 vasos
Leche semi y descremada, bebidas de soya sin azúcar adicionada	Nivel 2	0-2 vasos
Agua potable natural	Nivel 1	6-8 vasos

Fuente: Profeco, “La jarra del buen beber”.⁵⁵

⚠ No consumir o consumir de forma esporádica y en pequeñas cantidades.

☹ No se recomienda su consumo en niños.

La recomendación es consumir agua en primer lugar, seguida de bebidas con o sin un bajo aporte energético, incluyendo leche descremada como prioridad por encima de las bebidas de mayor aporte energético o endulzadas, incluso con edulcorantes artificiales.

Beneficios del agua simple potable

Para entender la importancia de estar hidratados es necesario conocer las múltiples funciones vitales en nuestro organismo que involucran el agua:

- **Temperatura.** Cuando aumenta la temperatura en el organismo se dispara la sudoración, eliminando el calor a través del agua liberada. Sin este sistema de enfriamiento, el aumento de calor llegaría a ser peligroso para el ser humano.
- **Células.** El agua tiene la función de transportar carbohidratos, vitaminas, nutrimentos orgánicos e inorgánicos a las células para ser metabolizados y generar energía.

- **Músculos y articulaciones.** El agua ayuda al funcionamiento de los músculos y articulaciones, y los constituyen en un alto porcentaje.
- **Riñones.** Para eliminar desechos, toxinas y nutrientes en exceso. Con una buena hidratación se filtra una gran cantidad de líquido al día.
- **Piel.** Una buena hidratación aporta elasticidad, suavidad y coloración a la piel, y le permite eliminar toxinas.
- **Cerebro.** La hidratación es importante para todo el organismo y en especial para el cerebro. La baja hidratación —desde 1 o 2% del peso corporal— puede alterar las funciones cerebrales, y si supera el 2% aparecen serias repercusiones, como pérdida de la memoria a corto plazo.
- **Corazón.** Los líquidos son fundamentales para la sangre, la función cardíaca y lo relacionado con la presión arterial. La pérdida de agua en el organismo por deshidratación disminuye el gasto cardíaco, aumenta la frecuencia cardíaca y baja la presión arterial.

Cómo prevenir enfermedades

Debido a la relación de la dieta con la incidencia de enfermedades, se recomienda disminuir el consumo de grasas saturadas y colesterol, comer más frutas frescas y verduras y mantener un peso corporal adecuado.

Obesidad. A pesar de que tiene un origen multifactorial, se asocia con un consumo de alimentos superior a lo que el organismo necesita. La obesidad aumenta la propensión a desarrollar enfermedades crónicas, como diabetes tipo 2, padecimientos cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. La expectativa de vida de una persona puede acortarse de dos a cinco años si padece obesidad y, en casos extremos, hasta 13 años.⁵⁶ Las verduras, por su baja cantidad de macronutrientes, se denominan alimentos de consumo libre, con excepción de la zanahoria, el betabel y los ejotes, que tienen un alto contenido de azúcares.

Enfermedades cardiovasculares. Son la tercera causa de mortandad y tienen el mayor índice de prevalencia en el mundo. A partir de 1990 se convirtieron también en una de las principales causas de muerte en México.⁵⁷ La mejor medida para prevenir este tipo de enfermedades es tener hábitos saludables, incluyendo una sana alimentación basada en: moderar el consumo de alimentos de origen animal, en particular los ricos en colesterol (carne roja, grasas, mariscos, sesos, chicharrón, hígado, huevo), y dar preferencia a pescados y carnes blancas; preferir cereales integrales en lugar de harinas refinadas (pastas, pan blanco, cereales industrializados); procurar no cocinar con grasas animales (manteca, mantequilla, crema); limitar la ingesta de azúcar y sal, e incrementar el consumo de verduras y frutas.

Cáncer. Es un grave problema de salud pública, cuya incidencia va en aumento. Reportes del INEGI señalan que en 2018 el cáncer ocupó el tercer lugar entre las causas de defunción en México.⁵⁸ La alimentación tiene un papel muy destacado en el desarrollo de esta enfermedad, ya que 80% de todos los tipos de cáncer puede ser consecuencia de no tener buenos hábitos alimentarios. Los datos epidemiológicos indican que el alto consumo de verduras y frutas se vincula con la reducción de riesgo de varios tipos de cáncer, principalmente por contener sustancias protectoras contra su desarrollo.

Diabetes mellitus. Es una enfermedad crónica causada por la insuficiente producción de

insulina en el organismo, necesaria para el adecuado aprovechamiento de los azúcares que se consumen y para que éstos no se acumulen en la sangre. La diabetes fue la segunda causa de mortalidad en México en 2018.⁵⁹ La diabetes tipo 1, también llamada juvenil o insulino dependiente, representa entre 5 y 10% de los casos; el resto es diabetes tipo 2, llamada del adulto o no insulino dependiente. La alimentación tiene un papel importante tanto en la prevención como en el tratamiento de esta enfermedad porque ayuda a mantener niveles adecuados de azúcar y grasa en la sangre, tener un peso correcto y contar con el aporte energético necesario para el organismo.

Hipertensión arterial. Es la elevación sostenida en los niveles de la presión sanguínea. Se le conoce como el asesino silencioso, ya que no presenta síntomas y muchas de las personas que la padecen no lo saben, alrededor de 60% de los mexicanos.⁶⁰ El retraso en su tratamiento tiene importantes consecuencias en el sistema cardiovascular, así que se recomienda evitar el consumo excesivo de sal, reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol, y comer verduras y frutas para asegurar una cantidad adecuada de fibra y antioxidantes naturales.

Anemia. Es la disminución de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, originada por una deficiencia de glóbulos rojos. Existen varios tipos, y la mayor parte se debe a la insuficiencia en el consumo de hierro, vitamina B₁₂ y ácido fólico. Uno de los principales factores de riesgo es una dieta deficiente, pero el consumo adecuado de verduras y frutas proporciona los nutrimentos necesarios para prevenir esta enfermedad.

Osteoporosis. Es una enfermedad caracterizada por la pérdida de calcio en los huesos, lo cual aumenta su fragilidad y provoca un mayor riesgo de fracturas espontáneas. Se presenta en edad avanzada y con mayor frecuencia en las mujeres. Se estima que en México afecta a 30% de las mujeres mayores de 60 años.⁶¹ A causa del progresivo envejecimiento de la población mexicana y del incremento en el tiempo de vida, la osteoporosis es una de las enfermedades con mayor incidencia. El calcio es el mineral que conforma principalmente los huesos, por lo que es necesario que la dieta diaria cubra los requerimientos de este nutrimento en todas las etapas de vida, especialmente en los periodos de rápido crecimiento (infancia y adolescencia). Para prevenir la osteoporosis debemos incluir en la dieta alimentos ricos en calcio y vitamina D, además de otros que incrementan la densidad de la masa ósea (magnesio, fósforo, vitamina K, antioxidantes y fitoestrógenos). Una alimentación adecuada debe incluir frutas (tuna, naranja, tejocote, tamarindo, mamey), verduras (nopal, huauzontle, flor de calabaza, ejote, brócoli, acelga), leche y derivados, un consumo moderado de proteínas de origen animal (charal seco,

sardinas en aceite) y eliminar el exceso de refrescos, café y sal a lo largo de la vida. Las tortillas de maíz amarillo nixtamalizado también son una gran fuente de calcio.



Capítulo 9

Horarium

En la fascinante Edad Media, plataforma de reflexión y recogimiento que gestó el Renacimiento, existía la práctica entre los confines de las cofradías religiosas y la nobleza de tener libros llamados *Horarium*, o “Libro de horas”. Iluminados bellamente, permitían tener un pequeño mapa del tiempo, un reloj espiritual y artístico para recordar y respetar el horario de las oraciones. Se leían a diferentes horas del día: la *aurora* y los *laudes* en la madrugada, la *prima* a las siete de la mañana, la *tercia* a las tres de la tarde, la *víspera* y la *completa* en la noche, entre otras.¹

Los seres humanos tenemos la necesidad de una estructura que nos organice y permita el sedimento de los pequeños logros que se convertirán en las piedras de columnas mayores. Los horarios nos estructuran y nos permiten vivir en orden, con ritmos, momentos, distracciones y descansos. Este propio volumen es un tipo de “libro de las horas” en tanto que busca plantear una agenda de hábitos básicos por medio de sus mapas. Hoy ya sabemos que el ambiente obesogénico existe, se multiplica con el desorden, crece mayormente en el caos y tiende a confundir, diluir, desconectar y desaparecer las conductas que nos hacen estar bien.

El ambiente obesogénico no te permite entender ni elegir conscientemente; tampoco respetar tus tiempos de hambre, saciedad, sueño y vigilia, o tus sentimientos y preferencias. No eres tú quien decide, es el trastorno lo que te controla y marca a conveniencia su propio horario. Comes incluso sin tener hambre, o dejas de hacerlo sin estar satisfecho. Llegas a utilizar la alimentación para manejar tus tensiones emocionales, personales o familiares. Todas estas conductas de riesgo son cada vez más frecuentes en todos los grupos etarios y sociales.

Hoy debemos hacer un alto, reflexionar, pero en un sentido amplio, y no solamente responder a las provocaciones o urgencias cotidianas. Todos las tenemos, desde el más pequeño hasta el adulto mayor, pero es muy importante permitir que cuerpo, mente y alma descansen y se reestablezcan, que se recarguen y se distraiga la carga y la exigencia. Como sucedía con los libros en la Edad Media, llenos de esas bellísimas iluminaciones que los convirtieron en verdaderas obras de arte, hoy nos encontramos en un momento que nos permite iluminarnos en todos los sentidos.

Elige actividades que pueden darte una pauta para llevar una agenda balanceada y no sólo llena de trabajo o estudio: descansar, dormir, divertirse, leer, escribir, escuchar o

hacer música, meditar, disfrutar de los animales, aprender otro idioma y viajar. Todo esto debe tener un lugar importante en tu vida y en la de tu familia para que compartan estas conductas regeneradoras de vida.

Descanso

La cultura del reposo es muy amplia y se asocia principalmente con el fin de semana, las vacaciones, la jubilación, pero casi nunca con lo cotidiano. Es fácil olvidar la importancia del descanso como parte de la agenda diaria: esos momentos para retomar fuerzas y pensar sin presión. Tener tiempo de decidir o simplemente de estar debe ser parte permanente de nuestro *horarium*. El descanso es un gran ejercicio de voluntad y control que nos permite detener el tiempo y convivir —primero con uno mismo, en cualquier modalidad—, estar en el aquí y ahora, disfrutar, y si le dejamos su tiempo y sus espacios, la profundidad mental y emocional resultante generará nuevas experiencias.

En la actualidad, los momentos para disfrutar se inclinan mucho más hacia el lado de la acción, la explosión, la descarga, sudar, emocionarse, “acabar muertos”, y no la placidez, la espera, la tranquilidad, dejar pasar el tiempo, hacer sobremesa, tomar una siesta, permanecer tirado en el pasto bajo un árbol o sentado en alguna banca. Hoy podría parecer que no son instantes “productivos”, salvo que la producción sucede gracias a estos episodios de reflexión y pausa para definir bien los siguientes pasos.

El reposo es tan importante que dejarlo genera tarde o temprano problemas severos. Los residentes de medicina, por ejemplo, tienen una tasa muy elevada de suicidios (el doble que los abogados) y ocupan el segundo lugar entre los profesionales en mayor riesgo.² Todo por el agotamiento, por no saber descansar.

El término *estrés* define este desgaste personal que impacta tu desenvolvimiento profesional, de pareja y familiar. Sin un descanso frecuente, cotidiano y estructurado, se corre el riesgo de caer en un agotamiento físico, emocional e incluso espiritual. Jean-Pierre Olié, de la Academia Nacional de Medicina de Francia, define clínicamente los síntomas: agotamiento emocional, despersonalización (perder la estabilidad) y reducción del rendimiento personal, laboral y familiar.³ Le sorprende señalar que las nosografías médicas no mencionan el agotamiento, aun cuando, con frecuencia, se puede relacionar con los *trastornos de adaptación* que se viven ante un cambio drástico, con los *estados de estrés postraumático* después de un evento físico, emocional o social grave, o en un *estado depresivo*. También puede tratarse de un caso de *confusión psicológica* de baja intensidad donde uno pierde la noción de tiempo y espacio por un breve momento, sin llegar a conformar una patología específica. Hay datos biológicos del tipo de una *desregulación neurobiológica* del eje hipotálamo-hipófisis-hormona adrenocorticotrópica reportado en los casos de agotamiento profesional.⁴

Los factores etiológicos del agotamiento emocional representan graves riesgos

psicosociales, ya que pueden generar problemas laborales serios. Al ver una baja efectividad se puede incrementar la exigencia por parte de los superiores no empáticos, no atentos, con baja inteligencia emocional. Esto a su vez propicia problemas emocionales ante la frustración de no poder responder adecuadamente, lo que lleva a la violencia, la depresión, el tabaquismo, el alcoholismo u otras adicciones, como respuesta enferma a la fatiga, todo acompañado de sobrepeso y obesidad. Por eso siempre se sugiere no tomar decisión alguna en estados alterados de conciencia o estabilidad, ya que es muy factible equivocarse. Las empresas globales lo saben a detalle e incluyen la prevención del desgaste profesional promoviendo trabajar desde casa, aunado a la creatividad e innovación de generar nuevas redes de trabajo.

El *horarium* se asocia con cargas de trabajo equilibradas que incluyan descanso y momentos amenos. Nos toca a nosotros estar alerta, y si hemos roto nuestro *horarium* de descanso por semanas o meses, podemos sospechar que estamos en riesgo y quizá padecemos *fatiga crónica*. La Clínica Mayo señala varios signos y síntomas: empezando por sentirnos cansados, tener pérdida de memoria y de concentración, quizá dolor de garganta, puede aumentar el tamaño de los ganglios linfáticos en cuello y axilas, duelen las articulaciones o los músculos sin causa aparente, hay dolores de cabeza, insomnio, sueño no reparador y agotamiento extremo después de hacer ejercicio físico o algún trabajo emocional.⁵ La fatiga crónica también puede llevarnos a un grave padecimiento psicosomático crónico y difícil de tratar, la *fibromialgia*: que ataca principalmente a mujeres y presenta todos los síntomas anteriores además de depresión manifiesta o latente.

Son algunos ejemplos asociados con el grave riesgo de no descansar. Es importante saber hacerlo, respetar las horas de sueño, reposar sin estar haciendo tarea o trabajando todo el día. Responde a tus señales físicas y emocionales, y no te quedes a la deriva. Aprende a descansar y enséñale a tus hijos, a tu pareja y a tu familia antes de que se convierta en una situación extrema. Debemos poder registrar la fatiga como identificamos nuestro estado físico o emocional cuando algo nos duele o sufrimos.

Sueño

En nuestro *horarium*, el tiempo para dormir toma una relevancia primordial. El sueño es mucho más que la suspensión de los sentidos y el movimiento, es todo un proceso fisiológico, neuroendocrino y cardiovascular que presenta variaciones de temperatura. Se asocia con la consolidación de la memoria, la concentración y el aprendizaje, lo que se refleja en los trazos eléctricos del cerebro registrados en el electroencefalograma (EEG), y va acompañado de una posición de reposo y la eliminación de los estímulos del entorno.⁶

El cuerpo busca su propio equilibrio, un estado de homeostasis, a partir de los ritmos circadianos relacionados con la periodicidad, el *horarium* biológico permanente a nivel celular y fisiológico. El ciclo de luz y oscuridad de 24 horas es el típicamente circadiano, y por ende se le relaciona con el sueño y vigilia.

Los ciclos circadianos dependen de la etapa de vida, ya que el recién nacido tiene grandes necesidades de sueño y menores de vigilia, llegando a dormir entre 14 y 20 horas al día. Conforme se desarrolla, disminuyen los estados de sueño y aumentan los de vigilia. Llegada la adolescencia, pasa ocho o nueve horas dormido, y el adulto entre seis y ocho horas.⁷

BIENESTAR VITAL

A veces creemos que no dormir es un superpoder. Consideramos que llegar a la universidad y decirle a los amigos que logramos estudiar todo el curso en una noche con tres cafés es algo digno de admiración. Nos sentimos imparables, fuertes y listos para lo que sea. ¿Cómo nos va a ir mal en un examen si llegamos “en vivo”, como dicen? El problema empeora cuando, aparte de todo el daño que le hicimos a nuestro cuerpo, también tenemos una presión enorme encima. De todas formas, creemos que nos tiene que ir bien porque estudiamos mucho, o muchas horas. En el mundo de hoy estamos acostumbrados a celebrar la cantidad y no siempre la calidad. No estamos conscientes de que nos interponemos a nuestra salud por estudiar mucho, pero no necesariamente mejor.

Al hablar con algunos amigos que defienden la idea de no dormir, noté que la decisión termina perjudicando el cuerpo. Si les va bien en el examen, repetirán la misma acción la próxima vez, volviéndolo un hábito muy dañino. Ellos mismos cuentan cómo llega un momento en que tres tazas de café se convierten en cinco, y si eso no es suficiente, buscan otras formas de mantenerse despiertos. Si en cambio no están satisfechos con su rendimiento, entonces se ponen de meta estudiar más la próxima vez, incluso si eso significa no dormir 48 horas. Estamos ignorando el hecho de que el cuerpo funciona mejor si cumple correctamente una de sus funciones vitales: dormir.

Los ciclos circadianos son independientes de la regulación de los procesos de luz y oscuridad, sin embargo, la luz es un factor crítico porque inhibe el sueño al estimular la

visión y ésta a los núcleos cerebrales, liberando neurotransmisores que generan estados de alerta. La síntesis de la melatonina, la hormona reguladora del ciclo de sueño y vigilia (que también se libera en estados de dolor agudo o crónico, problemas cardíacos o respiratorios) permite que se activen las estructuras cerebrales que inician el sueño, y su pico máximo se da entre las tres y las cuatro de la mañana, lo que llamamos sueño profundo.⁸ Por eso es muy importante apagar la luz y no tener pantallas encendidas durante el sueño, ya que de lo contrario el descanso no será reparador. A nivel clínico lo vemos frecuentemente con adolescentes que tienen trastornos del sueño o trastornos ansiosos o depresivos: sus problemas de horario se asocian con el abuso de las pantallas y sus dispositivos móviles.

El sueño es un proceso fisiológico periódico, sistemático y permanente, con distintos ciclos o etapas. Un ciclo de sueño completo dura entre 90 y 110 minutos, y se repiten cinco ciclos a lo largo de la noche:⁹

- **Etapas I.** Se entra y se sale del sueño. Es frecuente despertar y sentir que “caes”. Los ojos se mueven lentamente y la actividad muscular se enlentece. Durante esta etapa nos damos cuenta de lo que ocurre a nuestro alrededor e incluso podemos creer que no estamos dormidos. Las ondas cerebrales que predominan son alfa y theta.
- **Etapas II.** El sueño se hace más profundo y el tono muscular disminuye. El movimiento de ojos se detiene y las ondas cerebrales se vuelven más lentas.
- **Etapas III.** Es la etapa en que realmente descansamos, y si despertamos nos sentimos confundidos. Predominan las ondas delta. En esta etapa suceden los trastornos del sueño: sonambulismo, terrores nocturnos y enuresis (incontinencia urinaria).
- **Etapas IV.** Nos encontramos profundamente dormidos y descansamos física y mentalmente. No es la fase del sueño, pero nos podemos encontrar con imágenes, sin que representen historias.
- **Etapas REM.** Es la etapa en que soñamos en historias. No hay tono muscular (por eso, cuando queremos gritar en un sueño, no podemos). Predominan las ondas theta. Las ondas cerebrales en este momento son similares a las de la vigilia, por lo que aumentan el ritmo cardíaco, la presión y el movimiento de ojos. Los músculos, en cambio, se paralizan.

Alrededor de 30% de los mexicanos duermen menos de siete horas, y cerca de 20% padece *insomnio*.¹⁰ Éste se asocia con procesos que aumentan el riesgo de obesidad, como lo vemos en el síndrome de “ingesta nocturna” que describe Albert Stunkard,¹¹ caracterizado por un consumo de alimentos sin límite en la noche hasta conciliar el sueño por el efecto posprandial, posterior al atracón. Puede ser un modelo de trastorno familiar y de riesgo cardiovascular porque incrementa la captación de glucosa, en lugar

de optimizar la síntesis de proteínas durante el sueño.¹²

Es vital tener tiempos bien delimitados para el sueño y respetar nuestros ciclos. Es importante estar cómodos, sin luces, sin pantallas, sin sonidos, a buena temperatura y con ropa cómoda. Todos, desde el recién nacido hasta las personas mayores, deben tener un horario en el que no falte el reconfortante sueño nocturno, factor protector de la obesidad y todas las enfermedades vinculadas a ella.

Juego y diversión

En 1959, la Organización de las Naciones Unidas reconoció la importancia del juego como un derecho fundamental de los niños: “El niño debe tener todas las posibilidades de entregarse a juegos y actividades recreativas, que deben ser orientadas hacia los fines que pretende la educación”.¹³ Además, debe suceder con la participación de sus padres y su familia, y poder continuar durante la adolescencia y más allá.

La UNESCO considera que la actividad lúdica es requisito en los sistemas educativos de todos los países del mundo, pues el juego permite al niño observar y conocer el mundo de los objetos, las personas y las relaciones que se dan entre ellos.¹⁴ En México existe el programa “Bailo y juego” que promueve la Secretaría de Educación Pública, el cual contiene orientaciones didácticas para iniciar a los niños en la danza, en un tipo de “alfabetización del movimiento” a partir del uso del cuerpo, la música y el espacio.¹⁵

El juego infantil cuenta con características muy interesantes que no sólo divierten, sino integran la vida social. Sirve de guía para adolescentes, adultos y adultos mayores, promoviendo la interacción de las cuatro generaciones entre sí. Se trata de una actividad espontánea y placentera que interactúa con la realidad:¹⁶

- Favorece el aprendizaje, la socialización y la comunicación.
- Es motivador en sí mismo. Cualquier actividad convertida en juego es atractiva para el niño y le permite afirmarse como persona independiente.
- Permite el uso de diferentes capacidades y exige esfuerzo.
- Favorece la observación y la exploración del entorno.
- Se localiza en limitaciones espaciales y temporales establecidas previamente o improvisadas.
- Permite la resolución pacífica de conflictos al vivenciar situaciones problemáticas de la vida cotidiana a las que se debe dar una solución.
- No exige la utilización de un material específico.
- Se elige libremente, no es una obligación.
- Estimula la expresión de ideas y sentimientos.
- Permite liberar tensiones.
- Es un recurso educativo muy atractivo y motivador que facilita el aprendizaje.
- Es integrador y compensa las dificultades.
- Vemos fácilmente lo adecuado para toda edad.

Jean Piaget, experto y apasionado en el estudio del juego infantil como una conducta

estructuradora de procesos mentales, personales y sociales, lo clasifica de la siguiente manera:¹⁷

- **Juego sensomotor (0-2 años).** Los niños realizan todo tipo de acciones o movimientos por el propio placer de la actividad. No implica ningún simbolismo ni técnica específicamente lúdica, pero consiste en repetir con placer actividades adquiridas en busca de la adaptación. Le permite al niño explorar y controlar su cuerpo, así como descubrir el medio en que vive.
- **Juego de construcción (inicia alrededor del primer año).** No forma parte de una edad o etapa concreta, pero surge como una nueva forma de jugar que se da al mismo tiempo que el juego sensomotor. Es un conjunto de acciones coordinadas para crear una realidad más concreta. Los materiales que utiliza cobran una relevancia especial.¹⁸ El niño desarrolla la creatividad, el ritmo y el orden, entre otras habilidades.
- **Juego simbólico (2-6/7 años).** Adquieren el lenguaje y la capacidad simbólica, por lo que acceden a un mundo caracterizado por la simulación, la dramatización, la imaginación y la fantasía. En este momento el niño puede representar diversos elementos de la realidad (objetos, personas o vivencias) en sus juegos, presentes o no.
- **Juego reglado (6/7-12 años).** A partir de este momento el niño introduce una serie de normas que rige las diversas acciones. Se da un importante aumento en el número de participantes.

También existe una amplia mejoría a partir de los distintos tipos de juego, a diferentes niveles:¹⁹

1. **Desarrollo psicomotor.** Equilibrio, fuerza, manipulación de objetos, dominio de los sentidos, coordinación oculomotora, capacidad de imitación.
2. **Desarrollo cognitivo.** Atención, memoria, imaginación, creatividad, diferenciación entre fantasía y realidad, pensamiento científico y matemático, rendimiento, comunicación, lenguaje y pensamiento abstracto.
3. **Desarrollo social.** Comunicación y cooperación con los demás, conocimiento del mundo del adulto, preparación para la vida laboral, favorece la unión y la confianza en sí mismo, disminuye las conductas agresivas y pasivas, facilita la aceptación interracial.
4. **Desarrollo emocional.** Subjetividad, satisfacción emocional, control de la ansiedad y de la expresión de agresividad, resolución de conflictos, patrones de identificación sexual.

Peter Fonagy, psicoanalista del University College de Londres, ha trabajado muchos años el tema de juego y realidad, y comenta que poder imaginarse para jugar y jugar para imaginarse construye una realidad mental que sirve como ejercicio para comprender y adaptarse a la realidad misma.²⁰ Cuando se da entre generaciones, llegan a compartir espacios de juego por momentos, inventan y crean historias conjuntas de seres fantásticos que nunca vencen, por lo que los niños aprenden a manejar sus miedos y como adultos conservamos nuestra capacidad de reírnos de nosotros mismos, de nuestras obsesiones e ideales relativos a la perfección.

Durante esta época de desarrollo deberá evolucionar nuestro proceder emocional de una modalidad de apariencia o pretensión a una de comprensión a través del pensamiento ajeno. Jamás nos aburriríamos jugando y soñando juntos. La capacidad de *ensoñación* se desarrolla en la infancia, y yo mismo lo viví cuando mi mamá me leía los cuentos de Alejandro Dumas antes de dormir, alimentando mi gusto por Francia.

Hoy sabemos que el juego facilita la capacidad de *mentalizar*, y tener *experiencias subjetivas* depende en gran medida de la alerta de los estados internos que emergen progresivamente.²¹ La mentalización tiene un papel importante en la integración social del bebé, niño y adolescente. El juego lo autoriza a tomar interés con una exigencia distinta, ya que se trata de un ensayo, un ejercicio de propuestas, y si no funcionan, no es grave. Lo más importante en el desarrollo del juego es la sorpresa, el descubrimiento, la magia, sentirse poderoso, poder decidir y recibir aceptación. El juego es la forma lúdica adecuada para dejar fuera el temor o el miedo de errar, incluso de no ser aceptado temporalmente.

El juego nos libera de la rigidez en todas las etapas del desarrollo humano, ya sea que se trate de juegos sentados, de pie, en movimiento, asociados con algún deporte o con algún acto social y cultural. Todo entorno que propicie y facilite el juego y la risa será un entorno social que amplíe las opciones y nos enlace en lo social, con sus mejores armas y elementos, los cuales van a servir y aumentar a lo largo de la vida.

Leer y escribir

El secretario general de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Ángel Gurría, señala datos muy preocupantes de que México carece de habilidades educativas y laborales, dado el bajo rendimiento que se refleja en la vida laboral del país.²² En Suecia, por ejemplo, 80% de la población lee al menos un libro al año, Finlandia reporta 75% y Europa en general tiene un promedio de 60%.²³ La UNESCO sitúa a México en el lugar 107 de los 108 países con respecto al hábito de la lectura. Desafortunadamente, 41% prefiere ver la televisión y menos de 12% prefiere la lectura.²⁴ Entre los 12 y 17 años de edad, a 30% no le gusta leer, 61% no tiene tiempo para hacerlo y 48% ni siquiera conoce una biblioteca.²⁵ De acuerdo con el Módulo de Lectura del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el porcentaje de personas mayores de 18 años que saben leer y escribir cayó de 50.2 en febrero de 2015 a 42.2 en febrero de 2019.²⁶ México es un país con pocos lectores, pero la población también presenta un nivel muy bajo de comprensión de lectura: sólo 20% que lee algún material (libros, periódicos, revistas) comprende toda la lectura.²⁷ Se trata de una de cada cinco personas.

Leer es una acción mental que implica una movilización cognitiva importante para poder interpretar, construir y dar sentido a la lectura. Es importante la presencia de los afectos personales, siempre vinculados a su red familiar y social. Dice Marguerite Yourcenar:

Como todo el mundo, sólo tengo a mi servicio tres medios para evaluar la existencia humana: el estudio de mí mismo, que es el más difícil y peligroso, pero también el más fecundo de los métodos; la observación de los hombres, que logran casi siempre ocultarnos sus secretos o hacernos creer que los tienen, y *los libros, con los errores particulares de perspectiva que nacen entre sus líneas*. [Las cursivas son mías.]²⁸

El 23 de abril es el día mundial del libro y del derecho de autor desde 1996, aceptado por la UNESCO en conmemoración del fallecimiento de tres grandes: Miguel de Cervantes, William Shakespeare y Garcilaso de la Vega, con el fin de fomentar la lectura.²⁹ Hay importantes efectos en la persona que toma un libro y decide leerlo; en todos se convierte en una experiencia transformadora. El amor por la lectura y los libros siempre es un descubrimiento, y se torna mayor y permanente cuando tenemos la dicha de contar con familiares a quienes les gusta leer. Jean-Paul Sartre, por ejemplo, no se podía ver a sí mismo sin la figura de su abuelo y su biblioteca, como lo describe en su maravillosa obra *Les Mots*.³⁰

Existen datos que nos indican cómo leer ayuda intelectual y también emocionalmente. Incluso existe la *biblioterapia*, la prescripción de alguna lectura que pueda aliviarnos el alma y el espíritu, historias que nos lleven muy lejos, nos ensañen, inquieten y hasta preocupen, pero sin correr tantos riesgos.³¹ Es el gusto y la pasión por las emociones, la sorpresa, la penumbra, la intriga, las frases sabias, el miedo a lo desconocido lo que alimenta el amor a los libros, a través de personajes que nos llevan mucho más allá de nuestra imaginación y nuestros sueños.

Cuando Johannes Gutenberg desarrolló la imprenta en 1440, la información de la palabra a través de las letras se abrió al mundo, a la cultura. Fue el inicio de la revolución del conocimiento en la humanidad. Mi propia vida ha sido un universo de libros que no sólo nutren mi imaginación, sino que acojinan mis tropiezos y acompañan mis amores adolescentes, mi soledad, mis años de estudiante en Europa.

La lectura es un gusto, una aventura que nos ofrece un número inmenso de posibilidades, desde descubrir héroes y criminales, hasta comprender escenarios, situaciones, conflictos. Es la escuela de la vida a través de cuentos, fábulas, novelas, romances, tragedias, con tal de conocer, como dice Yourcenar, la naturaleza humana, y también la propia.

Jugar desde bebés con libros de figuras y palabras que se puedan tocar, apretar, lanzar, morder, chupar (será preciso lavarlos con frecuencia), hará que las letras, las palabras y posteriormente la lectura penetren hacia el bebé a través de objetos interesantes, iluminados, ayudándolo a formar palabras y el mundo en su cabeza, a crear el propio. Los cuentos serán la nueva forma de conciliar el sueño; no existe nada más arrullador que escuchar algún cuento que te lleve desde tu cuna hasta los mejores rincones de mundo interior. Existe cierta similitud entre el juego y el proceso de lectura (mentalización); van de la mano con el desarrollo mental e intelectual que en la adolescencia entrará en crisis al modificar su entorno y las necesidades personales simultáneamente.

También encontramos el rechazo a la lectura, ese acto de rebelión a lo impuesto, al mandato social, a lo que dicta la cultura. Danièle Sallenave, de la Academia Francesa, señala la existencia del “miedo a leer” y el “miedo al libro”.³² Para quien no lee, el libro puede generar desconfianza. Michèle Petit, en *Elogio de la lectura*,³³ habla también del temor a leer en tanto que aporta elementos que iluminan y resaltan la construcción del yo. Nos obliga al silencio, a estar solos, a entrar en nosotros mismos. La lectura impacta en un tipo de reconstrucción de uno mismo, puede resaltar lo imposible, nos lleva a dimensiones impensables, a entrar en conflicto con las maneras de vivir y de pensar, mueve y altera de forma implícita los valores propios de la cultura dominante y la tradición.

Atinadamente, la función completa es la lecto-escritura, ya que cierra el proceso

cognitivo y conductual que nos hace *Homo sapiens*, y ciertamente nos coloca con grandes posibilidades de conocimiento y poder comprenderlo y almacenarlo durante siglos sin que se marchite, siempre y cuando el elemento portador de conocimiento resista el paso del tiempo.

BIENESTAR VITAL

Cuando tuve que dejar Perú para seguir mi tratamiento en otro país, dejé también a mis amigos. Por distintos motivos, no todos estaban enterados de lo que estaba sucediendo. Sin embargo, los que sí sabían que mi ausencia se debía a un trastorno de alimentación, me pidieron que les mandara noticias al menos una vez a la semana. Recuerdo tener un chat con dos amigas en el que simplemente escribía todo lo que pasaba por mi cabeza. Al principio eran pensamientos llenos de angustia e incertidumbre, pero algo mágico sucedía cada vez que los ponía en palabras. Poco a poco me di cuenta de que el desorden que tenía en la cabeza se ordenaba de alguna manera al escribirlo y explicarlo. Compartirlo con esas dos amigas también me permitía recibir su opinión. Me dieron miles de consejos, y algunos me ayudaron a crecer, no necesariamente a mejorar en el tema del trastorno, pero sí a convertirme en la persona que soy ahora.

Ahora que, felizmente, estoy mejor, sigo sentándome algunos minutos para escribir lo que tengo en la cabeza. Se volvió una costumbre para toda la vida. El acto de escribir no es sólo una terapia magnífica; al guardar lo escrito, tienes la oportunidad de volver a leerlo cuando sea necesario. En ocasiones también lo comparto con un grupo de amigos y, sin darnos cuenta, se convierte en una pequeña sesión donde reflexionamos y aprendemos unos de otros.

La magia de escribir consiste en que puedes hacerlo en cualquier momento y con propósitos distintos. Incluso podemos comenzar a escribir sin una idea clara en la mente, y basta con poner un par de oraciones para que todo empiece a tener forma.

En el desarrollo del hombre, una vez que ya se pueden interpretar mentalmente los signos del lenguaje escrito, utilizar la capacidad y competencia visual y motriz de escribir cierra el círculo virtuoso humano, nos vuelve autores de la comunicación, capaces de expresar vivencias personales, familiares y sociales, siempre enlazadas como si se tratara del hilo rojo de Goethe, vinculando todas las afinidades, desde las más fuertes hasta las más débiles, entrelazadas de tal manera que las atravesase un hilo y no se pueda sacar sin deshacerlo todo.³⁴ Lo mismo sucede con nuestros recuerdos; sin la escritura, igualmente se perderían en la pereza y el olvido. En este libro, el hilo rojo es el bienestar, trenzado dentro de la hoja, cuaderno o mapa que somos los seres humanos.

Todos escribimos, la diferencia es que se convierta en un hábito, mas no una obligación. Es importante fomentar el gusto por leer y escribir desde pequeños, sin olvidar a los medianos y grandes. No hay edad para empezar a hacerlo.

Música

Toda civilización incluye el uso y el gusto por la música. Decir música implica hablar de lo humano, del tejido cultural que nos acerca a nuestra naturaleza auditiva como una de las más profundas, primitivas e importantes de la historia. La música no sólo nos ha acompañado, sino que ha estado con nosotros en el proyecto de anticiparnos a nuestros propios miedos y acompañarnos en la lucha por desterrarlos, gracias a los cantos milenarios.

Recientemente leí un número especial de la revista *Daedalus* dedicado al jazz.³⁵ Además de ser un excelente texto sobre este género, es un buen ejercicio de lectura para recordar la dimensión de la música en la cultura, la educación y la vida de la sociedad. La música es un aporte ilimitado a la humanidad. La música es libertad que se manifiesta en el baile muchas veces. El jazz, por ejemplo, nos recuerda lo popular del arte. En sus primeras creaciones podía bailarse, pero conforme adquirió tempos más rápidos y las melodías se hicieron más complejas, realmente terminó por enmascarar el proceso de negociación más largo y confuso entre los músicos y el escucha: la improvisación de ambos. Es un compromiso retóricamente significativo, expresado dentro de su sensibilidad compartida.

La música en México es un mundo en sí mismo. Por fortuna, la mayoría de las escuelas ofrece opciones de educación musical con toda clase de instrumentos. Los coros han dado muestra de gran efecto artístico, además del social y personal, al utilizar y disfrutar el mayor instrumento existente que es la voz humana. Esta disciplina también genera seguridad en todas las edades.

En la actualidad tenemos numerosos festivales de música, de todos los géneros, y podemos aprovechar los aportes de la cuarta revolución industrial para gozar la inmensa variedad de música que se puede escuchar a través de los dispositivos móviles. Es una maravilla todo lo que podemos disfrutar y compartir para enriquecer la vida y liberar el estrés gracias al arte.

Meditación

(Con la colaboración de Paola Barriguete Chávez-Peón)

*La gente cree que meditar es sentarse
relajadamente bajo un árbol.
En realidad, es algo que cambia
completamente tu cerebro y quien eres.*

MATTHIEU RICARD³⁶

La meditación es una práctica que involucra la dualidad mente-cuerpo mediante la focalización de la atención, pudiendo alcanzar una experiencia plena con pensamientos, sensaciones y sentimientos, al observarlos sin juicios ni críticas.³⁷ Genera un estado de calma, relajación física y balance psicológico opuesto al estrés, aporta a la espiritualidad y también a la dimensión física y emocional de la persona al desarrollar compasión, amor, paciencia, generosidad y perdón.³⁸

Sabemos que meditar es una práctica milenaria utilizada en muchas partes del mundo, pero es importante señalar que no se trata de una religión. Su fin es que el esfuerzo mental tenga un resultado positivo al autorregular la mente para estar bien y entrar a un estado de bienestar estable, es decir, retomar nuestro autoequilibrio. Todas las técnicas llevan a la concentración o a favorecer la atención en algún punto de la formación, pudiendo cambiar el objeto.

Existen principalmente dos modalidades: priorizar la *concentración*, como sucede con la meditación trascendental, y la meditación basada en un *mantra*, que enfatiza la experiencia plena (*mindfulness*). Se ha demostrado científicamente que focalizar la mente y propiciar la atención en el ahora alivia los estados de tensión en el origen de muchos malestares y trastornos, destacando el estrés, la ansiedad, la depresión, la rigidez muscular y otros. Como consecuencia, genera un estado neurofisiológico específico elevado, diferente, de conciencia total.³⁹

Poder estar bien tiene un enemigo primordial: el estrés emocional. Esta clase de tensión dificulta que los múltiples procesos neuropsicológicos se lleven a cabo de manera continua y permanente. La tensión es un círculo vicioso en el que se encuentra una gran cantidad de emociones, cogniciones y conductas negativas, mismas que reproducen e incrementan el estado inicial.

BIENESTAR VITAL

Si yo no estoy para mí, ¿quién va a estar? Todos tenemos problemas, y son reales. Pero para poder cambiar

y crear una realidad distinta a la que vivimos necesitamos aprender a percibir la nuestra con otros ojos. Debemos poder contarnos nuestra propia historia de una manera positiva, decirnos que sí podemos y visualizar el futuro que queremos. El primer paso para llegar a cualquier meta es vernos a nosotros mismos logrando lo que sea que soñemos. Es fundamental hablarnos bien y decir: “Eres inteligente, tú puedes, vas a lograr lo que te propones”. Por supuesto, es necesario trabajar duro para alcanzar las metas, sean cuales sean. Aun así, antes de ponernos a entrenar, estudiar o trabajar, será mejor asegurarnos de tener una relación sana con nosotros mismos. Un monólogo de bienestar siempre ayuda.

En la actualidad, la meditación de *mindfulness* ha tenido grandes resultados conductuales y fisiológicos en la reducción del estrés.⁴⁰ La llamada terapia cognitiva basada en esta clase de práctica ha presentado efectos beneficiosos en trastornos físicos y mentales por ser ese momento de atención presente, adquirido y marcado por la curiosidad, la apertura y la aceptación, definido a partir de cinco facetas: observar; describir, actuar alerta, no juzgar la experiencia interna ni reaccionar a ella.⁴¹

Existen otros modelos de intervención muy buenos basados en la práctica de *mindfulness*, como los programas de reducción del estrés (MBSR, Mindfulness-Based Stress Reduction)⁴² y la terapia cognitiva (MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy). En ambos se ha demostrado una actividad mental trascendental⁴³ al ser validada por un EEG, indicando una diferencia importante en comparación con la respuesta de trascendencia automática que tenga la persona de sí misma.

La respuesta de relajación, por otra parte, fue una versión secular de la meditación trascendental. Es también una “respuesta al estrés”, propuesta por Herbert Benson en 1975.⁴⁴ Consiste en permanecer cómodo con los ojos cerrados y respirar durante 10 o 20 minutos, fijando la atención en la respiración, sin pensar o exigirse nada sobre la misma. Tiene excelentes resultados para disminuir la presión arterial de personas que trabajan en oficinas.⁴⁵ Reduce igualmente el cortisol, presente en estados de estrés. (El incremento de óxido nítrico y la reducción del VO₂, o consumo máximo de oxígeno, tienen un papel importante en ello.)

Técnicas auxiliares para meditar:

- **Visualizar** pensamientos positivos o imágenes inspiradoras.
- **Observar** la respiración.
- **Invocar** mantras como preparación de la práctica.
- **Sin pensar en un fin**, desenfocar la tensión mental.

Efectos físicos y emocionales:

- **Concentración**

- Cociente intelectual⁴⁶
- Memoria⁴⁷
- Salud emocional
- Inteligencia emocional
- Sistema inmunológico
- Salud general
- Alivio del estrés laboral y la depresión^{48, 49}
- Balance de la presión arterial⁵⁰

Podemos aplicar estos principios de la meditación frente a todas las actividades que realizamos a lo largo del día, ya sea trabajar, hacer ejercicio, disfrutar el tiempo con los amigos, pasear con la familia o caminar a solas.

Recomendaciones generales para meditar⁵¹

Una mente sana debe actuar como un espejo, sin embargo, las caras se reflejan en el cristal y ninguna se queda fija. Usa la misma técnica con tus pensamientos: déjalos pasar a través de tu mente, pero no te obsesiones. Es imposible evitar que los pensamientos surjan, pero concentrarse en un sonido particular o en la respiración, en inhalar y exhalar, calma la mente y te da mayor claridad.

Practica *mindfulness*, esa experiencia plena. Pon atención a las sensaciones de tu respiración. Si notas que tu mente divaga, tráela de vuelta concentrándote en respirar. Esto se conoce como conciencia plena. Así como si se tratara de tocar el piano, se requiere una práctica regular para desarrollar la destreza, pero una vez que hayas adquirido cierta habilidad puedes utilizarla para cultivar cualidades, como la *bondad*, o *manejar emociones perturbadoras*.

Utiliza la meditación para conquistar emociones negativas, por ejemplo. Puedes contemplar tu experiencia como un fuego ardiendo, y si estás consciente de estar enojado, no estás enojado, estás consciente. Tener conciencia de las emociones hará que dejes de alimentar ese fuego y pronto se apagará.

Detente unos minutos, no arranques tu día corriendo desde el primer instante, aunque después lo hagamos como algo natural o irremediable. Toma tiempo para pensar, respirar, incluso rezar si quieres. Debemos iniciar en nosotros para después compartir y dirigir lo que somos hacia un bien común.

Disfruta de los animales

La convivencia entre todos nosotros, los diferentes animales del planeta, sigue siendo una prioridad. Se debe asociar el bienestar del ser humano con el de los seres vivos no humanos como un proceso ecológico de bienestar global para que haya una salud conjunta de todas las especies. Su falta es un indicador de conductas de riesgo.

El gusto y el respeto por los animales de todas las especies es una señal sólida de educación, cultura, respeto y sostenibilidad para el planeta. Debemos fomentarla en todos los ámbitos y en todo momento de la vida.

En la declaración de Ottawa,⁵² la OMS propuso⁵³ defender el modelo socioecológico de salud, trabajando en círculos concéntricos como un reflejo de la conducta humana para desarrollar las bases de las “ciudades saludables” a largo plazo.⁵⁴ Se ha observado que la presencia ordenada de las mascotas en las ciudades propicia el bienestar, reduce las enfermedades y las lesiones en la población que se beneficia de ellas, incluyendo una mejoría en su actividad física.⁵⁵ De ahí parte la idea de hablar de “ciudades vivas”⁵⁶ que incluyan todas las especies, lo que sólo reforzará las interacciones saludables y de bienestar.

Desde 2006, año en que apareció el enfoque global de “Una salud”,⁵⁷ donde se señala la trascendencia de respetar la cadena natural completa, que va desde el más simple de los seres unicelulares, pasando por las plantas, los insectos, los pájaros, los anfibios, los primates, etcétera, hasta llegar al humano, ha ido creciendo como una perspectiva actual, incluyente, necesaria y ecológica que puede reforzar la salud y el bienestar con acciones claras y específicas.

En esta misma concepción se ha propuesto mantener cinco puntos que aseguren el proceso de “Una salud” con el cuidado y la integración de las mascotas en la vida saludable de la población:⁵⁸

1. Prevenir amenazas y molestias hacia las mascotas.
2. Satisfacer las necesidades emocionales y físicas de las mascotas.
3. Obtener mascotas de manera ética.
4. Proporcionarles servicios veterinarios.
5. Otorgar licencias y colocar una identificación en las mascotas.

Destaca la relación del ser humano con los perros en especial, quienes han presentado una evolución sorprendente y son capaces de distinguir y saber si están en la presencia de seres humanos, pudiendo diferenciarlos de las cosas y otros animales. También estos

“mejores amigos del hombre” tienen la capacidad de identificar sus emociones, similar a las funciones humanas, como el miedo o la tristeza cuando dejan de ver a sus amos. Es una relación de calidad.

La compañía de una mascota desde pequeños facilita y fomenta el juego, el respeto, el cuidado del otro y el futuro del medio ambiente, ya que va más allá del momento presente. La mascota se convierte en un miembro importante de la familia desde que ingresa, y por supuesto se tiene un duelo emocional por su pérdida, el cual prepara también para la vida. Las mascotas propician la convivencia familiar, rompen con lo perfecto y nos incluyen en lo real, además de capacitar a toda la familia para tener una mayor tolerancia frente al orden y el juego.

Estamos inmersos en un mundo lleno de estresores constantes, y los animales han resultado ser un elemento central para el control y la regulación de los mismos. Los ejemplos anteriores sólo demuestran lo virtuoso de la asociación y el respeto por la vida en naturaleza, así como el impacto positivo que los seres vivos tienen en los humanos a nivel físico, emocional y social. Las mascotas nos vuelven mejores seres humanos.

Otro país, otra lengua

En este concierto global es importante poder identificar otro país además de nuestro adorado México, porque nos permitirá tener un punto permanente de reflexión y de diálogo con todo lo que hagamos aquí y entre los mexicanos. Sugiero ampliamente escoger algún punto en el mapa donde incluso se hable otro idioma diferente al español, pues te obligará de cierta manera a aprenderlo, permitiendo que amplíes tu panorama y entendimiento.

Yo tuve la suerte de poder elegir desde mi niñez a Francia como mi país de referencia, y recientemente sumé Reino Unido como otra gran opción de reflexión. Ambos representan grandes culturas afines y respetuosas de nuestra cultura nacional. Como todo objeto complejo, la elección de esa media naranja nunca es perfecta. Yo comparto lo que conozco personalmente: el gusto por visitar alguno de estos dos grandes países, y que tus hijos, hermanos o amigos los disfruten al nivel que sea. Al tener la oportunidad de conocer dos civilizaciones tan completas, desarrolladas e históricamente rivales como la francesa y la inglesa, podría decir que la coherencia es lo que las caracteriza y fortalece su aportación al mundo.

De igual manera, no te pierdas el placer de descubrir el mundo. Estar cerca de otro país nos lleva a la necesidad natural de conocer, explorar y descubrir un nuevo puente para comprender otras formas de representación global.

MAPA III

Educación para la vida: momentos críticos y de cambio

Somos tan diferentes entre nosotros, en gran parte, porque todos tenemos diferentes combinaciones de inteligencias. Si llegamos a reconocer esto, pienso que, como mínimo, tendremos una oportunidad mejor de enfrentarnos adecuadamente a los muchos problemas que se nos presentan en el mundo. Si podemos movilizar toda la gama de habilidades humanas, no sólo las personas se sentirán más competentes y mejor consigo mismas, sino que incluso es posible que también se sientan más comprometidas y más capaces de colaborar con el resto de la comunidad mundial en la consecución del bien general. Tal vez, si podemos movilizar todas las inteligencias humanas y aliarlas a un sentido ético, podamos ayudar e incrementar la posibilidad de supervivencia en este planeta, e incluso quizá contribuir a nuestro bienestar.

HOWARD GARDNER, *Inteligencias múltiples*.¹

En la eterna búsqueda de la *salud* dentro de las sociedades de consumo ha faltado iniciar con su principal factor constituyente: el *bienestar*. Como lo dice su definición misma, plasmada en la Ley General de Salud: “Se entiende por salud un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.² La salud acertó al buscar tratamiento para las diferentes enfermedades con atinados impactos en los procesos clínicos biológicos cuantitativos, lo que dio como resultado un importante incremento en la esperanza de vida de los mexicanos, pero no necesariamente en su calidad de vida ni su bienestar, como sucede en otros países.

Para que el modelo de salud sea integral, además de interesarse, por ejemplo, en el peso corporal en la epidemia de obesidad, es necesario incluir la conducta, la viva acción. Digamos que el peso es la foto, y la conducta es la película, lo que realmente aporta algo al *equilibrio* personal, familiar y social. Sin los aspectos dinámicos fundadores que posee y genera el bienestar, la salud solamente logra ser una noción teóricamente perfecta, más rígida, pero humanamente imposible, al permanecer basada en resultados biológicos; queda fuera la dinámica del proceso, la acción, lo cualitativo que añora lo emocional, la espiritualidad y sus figuras principales: el feto, el lactante, la mujer embarazada, el niño, sus padres, los adolescentes, el adulto y los adultos mayores. Estas figuras necesitan comprenderse, bajo una perspectiva actual de género —a partir de su particularidad y alteridad, sus diferencias—, como los grandes actores constituyentes del bienestar. Somos los grandes directores de orquesta y las piezas fundamentales de la salud.

En la epidemia de sobrepeso y obesidad, la estrategia ha estado basada durante años en obtener resultados a partir del equilibrio entre la ingesta y el consumo de calorías para evitar que el cuerpo genere reserva, tejido graso. Pero esto no es posible sin que sucedan *todos los equilibrios*: hidroelectrolítico (estar hidratado), sueño-vigilia (dormir bien), hambre-saciedad, movimiento-sedentarismo, y también emocional, por mencionar algunos. Es ilógico insistir en trabajar sólo con el indicador de peso o el índice de masa corporal (IMC), que tarda más en moverse y difícilmente permanece bajo a largo plazo.

Con este nuevo mapa daremos un giro a la situación. Más que una guía, es una antología que recaba una serie de conceptos básicos y acciones específicos, relacionados con las diferentes épocas constituyentes del desarrollo humano, sus momentos más sensibles. Como diría George Santayana: “Aquellos que no recuerdan el pasado están condenados a repetirlo”,³ así que es momento de romper con la historia que nos limita, la del desconocimiento, la de la neurosis, la de la insensibilidad, la del analfabetismo emocional, y fomentar en cambio el debate, la crítica constructiva, esa gran oportunidad que nos espera a todos los que queremos un mundo mejor, uno que podamos compartir en todos sentidos, y trabajamos para conseguirlo.

De tal manera, en estas páginas vamos a introducirnos de lleno en la *educación para la vida*, para saber qué hacer y qué no hacer en cada etapa determinante. El centro sigue siendo *la persona*, pero es preciso aclarar que el bienestar no es una empresa individual, sino social, que sucede en colectividad con la familia, los amigos, el grupo de trabajo, los compañeros de deporte. Es uno de los mejores ejemplos de red y ante todo un modelo de relación. El enfoque actual de salud (dedicado a curar la enfermedad) no funciona, y es lógico si se basa en la persona por sí sola, pues la aísla y limita sus funciones familiares y sociales, las cuales le otorgan toda su fortaleza y ofrecen una verdadera posibilidad de ayuda.

Nos vemos, entonces, ante un proceso de individuación relacional, en el cual la persona puede escoger libremente: se convierte en individuo, autónomo y propio de sí mismo, pero nunca aislado; al contrario, lo que hace es elegir sus relaciones.⁴ Es una distinción muy importante porque hace énfasis en un desarrollo más complejo y, por ende, más completo, al tener que evolucionar mientras permanece cercano y a la vez se diferencia de sus padres, hermanos, amigos, sin la necesidad de romper relaciones ni oponerse a ellas.

Este tipo de individuación es parte de la actitud con que se debe recorrer este mapa: una elección que siempre demuestre una acepción positiva, es decir, no criticar negativamente ni señalar, empezando por nosotros mismos. Esa conducta obesogénica no puede existir en el bienestar. Tal vez hay cosas que hacemos de manera inadecuada, aunque sea con la mejor buena fe del mundo, pero criticar perpetúa el maltrato, es uno de los principales disruptores del bienestar emocional. Esta clase de pensamientos es muy

dañina porque deja encendida la alarma de lo que está mal hecho y evita el aprendizaje de lo que no nos funciona. En los trastornos de alimentación y la obesidad son muy frecuentes, y hasta que eso se modifica no hay una mejoría sustancial en los pacientes.

Debemos estar muy atentos al maltrato. Yo les digo siempre a mis pacientes que repitan esta frase: “Nadie me puede hablar mal, ni siquiera yo”, y trabajamos en detener ese tren de pensamiento. Que digan en cambio: “Yo así no juego, no me gusta”, y pasar a una actividad placentera, relajada —como escuchar música, caminar o leer, por ejemplo— para romper la cadena de maltrato que proviene de modelos opresores, no promotores del desarrollo.

Hoy tenemos la posibilidad de enseñar las bases para entender el bienestar y estar bien, especialmente en México y América Latina, y con este mapa podrás enfocar tus esfuerzos en aquellos momentos de la vida donde todo se mueve, donde uno tiene que recalibrar su comprensión y adecuarse para asimilar esa nueva etapa de vida que roba un poco de funcionalidad a todo lo que ya fue, a ese momento vital anterior. El piso no siempre se mueve por gusto, sino por necesidad, y es necesario aprender a andar de nuevo.



Capítulo 10

Los primeros mil días para el bienestar

Uno de los principales momentos vitales para el ser humano es descubrir que será madre, padre, tío, hermano. Cuando se habla de embarazo, no sólo se plantea la gestación y el nacimiento de un nuevo ser vivo, sino que se complementa con la evolución emocional de los padres y del bebé mismo. Es importante recordar que el fundamento para una vida con bienestar es plantear una buena calidad de vida física, emocional, espiritual, familiar y social para todo recién nacido durante los primeros mil días de vida, como lo señala el UNICEF en su programa “Mil días para toda la vida”.¹ Se considera desde la gestación y el embarazo (270 días), hasta los dos años de edad (730 días), cuando se dan momentos intensos y críticos para el crecimiento, como el desarrollo base del cerebro (que culmina a los 24 años), así como de los circuitos sensoriales de visión, oído, olfato, gusto, tacto y propiocepción,² que junto con una buena nutrición aportan al desarrollo de las competencias físicas, cognitivas, léxicas, emocionales y sociales, la base del desarrollo infantil y de sus fases subsecuentes.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el periodo perinatal como el tiempo entre la vigésimo octava semana de embarazo (aproximadamente seis meses) y el séptimo día de vida después del nacimiento.⁴ Hoy se considera un lapso más amplio que abarca todos los eventos que ocurren durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal; muchas veces se toma hasta los tres años de vida. Este enfoque perinatal se interesa por las cuestiones físicas, emocionales y familiares del bebé, sus padres y el resto de su familia, ya que todas son dimensiones complementarias del desarrollo integral que lo lleven a un bienestar real.

Parentalidad

Paul-Claude Racamier fue el primero en describir la parentalidad en 1961, asociando los términos de maternidad y paternidad para entender el desarrollo y los problemas emocionales con origen en edades tempranas.⁵ Para Serge Lebovici y la escuela francesa, la tarea de los padres, al igual que de la familia, es ayudar al niño a adquirir su “autonomía e independencia”, y la parentalidad dirigida al bienestar es todo lo que se realiza con este fin.⁶ Los padres deben poder ver y entender sus ganas y deseos de ser buenos y de tener los mejores hijos del mundo, sin olvidar las características y capacidades de ellos (niños reales), pero sobre todo sin que dejen de sentirse y vivir amados, vistos como medio para los objetivos ideales de los padres (niños imaginarios o producto del deseo).⁷ Se habla de varios niveles de representación en el imaginario de los padres:⁸

1. **Bebé real.** El que cargamos, con quien nos relacionamos e interactuamos, que tiene capacidades propias y tempranas, y solicita cuidados físicos y parentales.
2. **Bebé imaginario.** Esencialmente preconsciente, elaborado durante el embarazo, en la ensoñación de los padres. Se relaciona con el deseo de algún género en particular, del futuro del bebé, aquello que busca resolver los temores de rechazo o fracaso de los propios padres buscando rasgos que puedan asegurar su éxito vital, como el color de los ojos, la complexión física, la inteligencia, las habilidades y ciertas capacidades destacadas. En este espacio sucede la elección del nombre y otros procesos llenos de expectativas e idealización. Todos están influidos por el tipo de relación conyugal de los padres.
3. **Bebé de la fantasía.** Principalmente inconsciente. No lo registramos directamente con la razón. Representa las raíces infantiles del deseo de tener un bebé. Los conflictos infantiles no elaborados dirigen fuertemente las notas de esta dimensión intrapsíquica.
4. **Bebé cultural.**⁹ Portador de la sombra cultural del pasado transgeneracional. Lo que corresponde a la naturaleza del origen de las cosas baña esta dimensión ontológica. Las teorías etiológicas sobre el origen de las enfermedades o los males jugarán roles interesantes en los momentos de crianza, tensión, enfermedad o pérdida, buscando encontrar soluciones a las problemáticas cotidianas de la parentalidad. Debemos tomar en cuenta que es evidente y contundente cuando convivimos con personas de otras culturas y con otras lenguas.

En todo sistema complejo es importante contar con un enfoque complementario que nos permita articular lo pluridisciplinario, como lo propone Gerald Holton,¹⁰ y sólo perspectivas similares posibilitan el trabajo en las diferentes dimensiones que comprenden al lactante y a la familia. La problemática afectiva en esta época tiene varios orígenes, entre ellos, cuando los padres establecen su conducta alrededor de sus conflictos infantiles y permanecen bloqueados sus procesos parentales, sin poder descubrir a su bebé, escondido detrás de sus conflictos emocionales, o en muchas ocasiones cuando la negativa a asumir su rol de género o generacional exhibe la permanencia de restos de conflictos infantiles no elaborados, incluso existentes todavía entre ellos mismos y sus padres o abuelos.

Pocas veces se considera la importancia de los cambios en esta etapa, cuya naturaleza, sea cual sea, provocará alguna clase de sufrimiento a partir de la transformación. Gracias a estudios clínicos hemos podido entender las tristes señales del sufrimiento, las cuales permiten interpretarlo en tanto que suceden en un orden mental. Podemos señalar que el término *dolor* se vincula sobre todo en los sentidos localizados en ciertos órganos del cuerpo o en el cuerpo entero, mientras que el *sufrimiento* abarca los afectos que tienen que ver con pensar y sentir, asociados con la reflexión tanto en el lenguaje como en la relación consigo mismo y los demás, la relación con los sentidos, la incapacidad de reaccionar y cuestionarnos.

Si entendemos que el sufrimiento tiene su centro mental en la incapacidad de actuar o reaccionar y tener contacto, vemos la gran oportunidad de encontrar la salud en el desarrollo de la parentalidad, es decir, en los vínculos que se irán estableciendo entre el bebé y los padres conforme éste se constituye emocionalmente. Al estar inmersos en la posibilidad de preguntarse incluso sobre el tipo de convivencia, se sientan las bases protectoras del *ambiente* y las *conductas obesogénicas*.

Es una propuesta pertinente, coherente y promotora del desarrollo, ya que los cuidados tempranos propician la vida y la inteligencia emocional del bebé y la de los padres en su proceso de conversión. Sabemos de la importancia de la salud mental materno-infantil a partir de una crianza proactiva, positiva, que promueva un vínculo de apego sano, de interacciones positivas en la familia con el uso de estrategias de disciplina efectivas, solución de problemas, estrategias de supervisión y comunicación, para prevenir el comportamiento negativo y el uso posterior de sustancias en niños y adolescentes.¹¹

La evidencia sobre las intervenciones dirigidas a la familia y a los padres constatan que la interacción con la familia puede convertirse en un agente terapéutico muy importante para reducir conductas indeseables y prevenir recaídas, lo que se traduce en un beneficio para la salud mental del niño, la madre, el padre o todos.¹² Los modelos más exitosos incorporan el desarrollo de habilidades sociales, la respuesta afectiva, el

uso de técnicas interactivas, como el juego de rol, y la participación de pares como transmisores de mensajes preventivos.¹³

Interacciones precoces

En lo que se refiere a la relación entre el bebé y sus padres, desde 1980 Léon Kreisler, Johann Bertram Cramer y Serge Lebovici rescatan el factor interactivo de este tipo de relaciones tempranas y enfatizan la importancia de las “interacciones imaginarias y de la fantasía”, así como el peso que van a cargar al definir gran parte del desarrollo emocional del recién nacido.¹⁴

Lo mismo sucede a través de los registros emocionales y del cuerpo de la madre. En esos momentos preciosos con el bebé, al cargarlo y presentarle los diferentes objetos, Donald Winnicott evoca la “estructura bebé-cuidados maternos”, de los cuales forma parte complementaria el padre, conformando una unidad de sostén.¹⁵ El conjunto de cuidados que la madre da al bebé, incluyendo su iniciación a la conducta alimentaria, es uno de los más claros ejemplos, respondiendo a las necesidades fisiológicas específicas de acuerdo con sus propias sensibilidades táctiles, auditivas y visuales. Tales cuidados se adaptan a los cambios físicos y psicológicos del bebé. Además de cargarlo, arrullarlo y sostenerlo físicamente, lo sostiene emocionalmente para que el bebé pueda moverse con libertad, incluso emocional. El centro de gravedad del bebé no se sitúa en su cuerpo, sino en el de su madre.

La madre debe alejarse de la idea de perfección o de que todo lo resiste, nunca se queja, es abnegada o incluso sumisa ante su función materna, pues todos estos perfiles han demostrado ser de gran riesgo por no identificar sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Esto implica el riesgo de moverse hacia los extremos, la sumisión o la explosión, y por otro lado ser incapaz de transmitir al bebé una estabilidad para que pueda igualmente identificar sus estados físicos (hambre, frío, sueño, cansancio, etcétera) y emocionales (tranquilidad, excitación, etcétera).

La madre cuida, alimenta, acompaña, protege y acoge a su bebé, pero también se *anticipa* a sus necesidades, generando la sensación de un “continuo de existencia” que incluye procesos tanto físicos como emocionales en el infante, enlazados en los maternos y paternos. Daniel Stern describe que serán escenarios que acompañen, faciliten y contextualicen las interacciones madre-lactante, lo que se debe incluir a todos.¹⁶ Para poderse dedicar al bebé, la madre debe poder contar con el apoyo de su entorno, y que éste se ocupe en continuidad también de ella; de lo contrario, la mamá puede caer fácilmente en los excesos de la devoción o la intolerancia, y no desarrollar un entorno seguro para el bebé.¹⁷ Aquí destaca la importante figura y participación del padre del

bebé, cual pareja de la madre.

Resulta interesante integrar al padre en el énfasis de la primera relación como un factor por demás fundamental: el hombre importante emocionalmente que se une y potencializa tales procesos dentro de la complejidad de las relaciones tempranas, fungiendo como facilitador y no sólo como el representante de la prohibición promotora de estructura. Asumir la necesidad real, imaginaria y cultural incluso de la figura paterna por parte del bebé y de la madre es dejar de entregar a la mujer toda la responsabilidad del desarrollo y sus vicisitudes. Los lineamientos que determinan la conducta masculina están determinados por su desarrollo y reforzados o influidos por sus actividades, responsabilidades y expectativas propias, grupales, familiares y culturales, las cuales son complementarias a las conductas femeninas.

La paternidad no suele tener antecedentes en su desarrollo emocional ni social temprano. A muy pocos varones se les capacita para ser padres, más allá de ser proveedores y buenas parejas. Él tendrá que desarrollar la paternidad con la ayuda de su pareja a través de las interacciones directas e indirectas con su bebé, al permitir y facilitar su presencia física y emocional. El padre también tiene sus encantos, menos biológicos y más conductuales, pero necesita desarrollarlos.

Los expertos han hecho énfasis en ampliar y apuntalar el estudio del desarrollo temprano, reforzando la importancia de la transmisión transgeneracional, es decir, al menos de los padres y los abuelos. Lebovici propone un trabajo relativo a las generaciones que incluye al bebé, los padres, hermanos y abuelos, a partir de lo que él nombra el “Árbol de la vida”, obra que se inicia en y con la llegada del recién nacido, actor de la nueva generación, de la nueva manera de ser, ver, hacer, generar y nacer, propia y de su entorno. Esta primera etapa nos ayuda a entender la fuerza de la crisis en la adolescencia y su impacto en los padres, incluso el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que se dan en esa etapa.

Dado que es la vida emocional lo que permite la existencia de nuestros ancestros, cada momento crítico del desarrollo individual, de pareja y familiar invita u obliga a rediseñar nuestro árbol de la vida. Implica un momento difícil, pero también una oportunidad de desarrollo emocional, un paso más hacia la inteligencia emocional. Nos recuerda que no sólo el pasado es lo que determina el presente, sino que el presente permite a su vez que el pasado exista, pues todo es reinicio y nuevo comienzo cuando contemplamos la vida como un desarrollo.

De la misma manera, es cierto que encontramos en el bebé esos momentos conflictivos de las generaciones pasadas, las cuales buscan cumplir sus deseos pendientes y presionan al señalar y ocultar formas de relacionarse, de representar a otros y a sí mismas, por lo general lejanas de la inteligencia emocional. Será entre las fisuras de los procesos de filiación y afiliación de los padres donde encontremos que surgen

momentos difíciles cuando los miedos infantiles regresan a nuestras mentes y casas al momento de convertirnos en padres. La historia parental modula el mundo imaginario del recién nacido y el interés de cuidarla para el bienestar del bebé.

La problemática afectiva en esta época brota desde varios puntos, por lo que es muy importante la madurez emocional de los padres. Todo lo que no resolvimos regresa, todas las sumisiones infantiles, las rebeldías adolescentes no elaboradas, es decir, que dejaron de ser nuestra moneda de cambio y la manera de relacionarnos con nuestros padres y con la sociedad. Una vez que dejamos de ser buenos y sumisos (semejante al modelo infantil), o criticones y peleoneros (relativo al formato adolescente), se pasa a una actitud crítica y cuestionadora, más próxima al formato adulto.

Es preciso saber —y no dudar— que todo lo que no hayamos trabajado regresa. Los padres también viven las crisis con los hijos. Crecer es crisis. El desarrollo sucede simultáneamente en el núcleo de sí mismo y en las representaciones de los cuidados tempranos; la sensorialidad y la vida emocional se conjugan para dar lugar a las representaciones mentales del bebé.¹⁸

Antes del tercer trimestre del primer año suceden los procesos de subjetivación, los cuales evocan el inicio de la intersubjetividad a través de las envolturas prenarrativas, como señala Stern.¹⁹ La unidad base de su experiencia subjetiva estructura sus experiencias tempranas. Ésta se vuelve a activar durante la adolescencia, llegando a ser crítica, y es cuando observamos que se presentan las conductas obesogénicas. (Sin olvidar que, sin la lactancia materna exclusiva, ya se disparó el riesgo.)

Del nacimiento hasta los tres años

A finales de los años setenta y principios de los ochenta se incrementó el estudio del bebé desde la definición que abarca el nacimiento, de cero a tres años, correspondiente a una fase fundamental del crecimiento físico y el desarrollo emocional del pequeño, y de los padres. A través de dicho proceso, los que engendran pueden convertirse en padres, de ahí el interés del desarrollo conjunto del bebé y su familia.

Desde entonces, la lactancia materna exclusiva de seis meses se tiene como el inicio seguro, catalogado así por la OMS,²⁰ ya que, como vimos anteriormente, protege a la diada madre-bebé de las principales amenazas de infección,²¹ de la obesidad y de desarrollar bajas capacidades neuropsiquiátricas e intelectuales.²²

Hábitos alimentarios saludables

Por el papel fundamental que tiene la alimentación en nuestra salud, debemos establecer hábitos alimentarios adecuados desde la niñez y conservarlos durante las siguientes etapas de vida. A partir de los seis meses, el bebé necesita una alimentación complementaria, para lo que se recomienda darle verduras cocidas como primer alimento, seguidas de frutas, las cuales se digieren fácilmente. Es importante que los alimentos no contengan condimentos para que el bebé aprenda a identificar su sabor, olor y textura. El pequeño determinará la cantidad de alimento que quiera aceptar, pero se debe procurar que haya un aumento gradual. Cuando el bebé no acepte un alimento, no lo obligues.

Guía de alimentos

Edad en meses	Alimento	Consistencia	Veces al día
0-6	Leche materna		La necesaria
4-6	Frutas: manzana, plátano, papaya, pera Verduras: chayote, calabaza, zanahoria	Papilla	2

5	Cereales: arroz y maíz		
6	Pollo, hígado y pavo		
7	Cereales: trigo, avena, tortilla, pan, galletas, sopa de pasta y papa	Picados	3
8-9	Otras verduras y frutas: guayaba, espinaca, acelga, ejote, nopal, jitomate Leguminosas: frijol, garbanzo, haba, lenteja Carnes: res y ternera		
10	Queso, yogurt, crema y huevo	Trozos	
11	Cítricos		
12	Integración a la dieta familiar		4

Irene Chatoor, experta y pionera en el desarrollo temprano, señala qué sucede en los primeros tres años de vida respecto a los TCA:²³

1. Suceden en diferentes momentos de su vida, entre el nacimiento y los tres años. No existe edad específica.
2. Aparece la dificultad en establecer patrones regulares para alimentarse. Se caracteriza porque el bebé no cumple con las cantidades adecuadas de comida, lo cual tiene efectos directos en su desarrollo físico.
3. La regulación de su alimento no responde a sus necesidades físicas de hambre y saciedad.
4. Para hablar de un trastorno primario no deben existir problemas que impacten la regulación o lo precipiten, como la separación de la madre o de la familia, o cualquier tipo de trauma. En caso de que suceda, entonces podremos hablar de un TCA secundario.
5. Los TCA como picar y rumiar pueden aparecer en esta misma etapa de la vida.

En la historia clínica de los TCA, cuando se detiene el desarrollo emocional y se anudan lo real, lo imaginario y lo cultural, encontramos una descripción importante de parte de los padres, que adoran a sus hijos y sufren profundamente por sus trastornos, reflejado

actualmente en una pobre capacidad de arrullo,²⁴ la cual se pone en juego de nuevo durante la adolescencia, pero exigiendo la respectiva actualización de modalidades emocionales, conductas y expectativas familiares y sociales que propicien el desarrollo emocional y generen conductas críticas frente al ambiente obesogénico. Por ejemplo, el padre debe entrar en escena como un actor importante en los momentos de crisis adolescente de una hija, frente a un “mundo machista” y con un alto nivel de analfabetismo emocional, el cual hace que se desarrollen grandes cuestionamientos sobre el futuro de la joven mujer. El padre la escuchará y la acompañará en su proceso de cuestionamiento general. De igual manera, el ejercicio de la capacidad de consuelo revive y retoma una nueva posibilidad para actualizar la figura de la “madre suficientemente buena”, pudiendo mediar y consolar a la adolescente en estos momentos críticos.

Desde esta primera etapa los padres tendrán la posibilidad de introducir roles diferentes que le permitan a su hijo ver de forma diferente su crítica situación de crecimiento y desarrollo, menos dramático y más divertido. Crecer emocionalmente es poder ver al mundo y a uno mismo asociados. Existen términos que hablan de dimensiones triples, como las describe, por ejemplo, Bernard Golse:²⁵ *triada*, *triadificación* y *triangulación*. Nos recuerda que se trata de representaciones mentales diferenciadas, tres seres (triangulación) que espontáneamente crean en sus interacciones mentales espacios diferentes y diferenciados (triadificación), necesarios para que, a la llegada del bebé, accedan en la mente de los padres en un esquema de tres (triangulación).

La relación de pareja de los padres y su relación con el bebé debe quedar situada dentro de esta dimensión, una noción de proximidad y libertad relativas, donde la individuación es un logro más que una defensa. La aparición de la *intersubjetividad* (entre el séptimo o noveno mes, y hasta el décimo quinto o décimo octavo) permitirá al bebé pasar de “ser tres” a estar “en tres” y pensar “sobre tres”, es decir, de la *triadificación conductual* a la *triadificación intrapsíquica*, que de alguna manera prefigura su triangulación. Recordemos que el bebé adquiere en este tiempo el sentido de sí mismo compartiendo experiencias, atención, intenciones, humor, preocupación y estados afectivos con su entorno. (Esto también se reactivará en la adolescencia.)

La *triangulación*, señalan Michel Ody y Claude Smadja, es una etapa temprana en la que el bebé llevará a cabo la diferenciación progresiva para constituirse en una unidad entera y separada de mamá, papá y el entorno.²⁶ Sabemos que desde las primeras horas y días de nacido, el bebé ya experimenta procesos cognitivos que muestran su muy temprana capacidad para explorar el mundo e incluso para categorizar sus experiencias. Muestra de su importante e incipiente autonomía perceptual, así como de su necesidad por relacionarse, es la llamada angustia del extraño que vemos reflejada en el rostro del

bebé entre el sexto y octavo mes.

Este nuevo apego, como sucede con la transmisión intergeneracional, hace referencia a los modelos internos que propuso John Bowlby,²⁷ desarrollados por Mary Ainsworth en estudios con madres y por Mary Main con la figura del padre.²⁸ Los aspectos cualitativos del apego son durables y permiten predecir el tipo de seguridad del bebé, en particular en los momentos de separación.

Las modalidades de apego pueden ser predictivas a partir de la calidad y la sincronía de las relaciones en estos primeros tres años. Existe una cierta continuidad entre el tipo de apego que se constituye con el bebé de un año y el apego que siente su madre por él. En primer lugar, sabemos que los modelos operantes de apego se conciben como representaciones mentales de las relaciones con los otros, generando las siguientes propuestas:

1. Contienen elementos afectivos y cognitivos.
2. Están constituidos a partir de la generalización de las sensaciones y de los sucesos.
3. Existen fuera del sistema consciente y son de una cierta estabilidad.
4. Los sucesos a partir de los cuales se constituyen los modelos operantes del apego aparecen como resultado de un proceso instintivo: la búsqueda de proximidad.
5. Los bebés que tienden a querer asegurar una estrecha proximidad con la responsable de sus cuidados forman modelos operantes internos diferentes de los que reciben respuestas bloqueadas o imprevisibles.

Estos modelos operantes se pueden constituir desde un inicio, a lo largo de la vida o en su traducción dentro de una tipología de respuestas a la “situación de extrañeza”.

Inteligencia y habilidades

El proyecto Spectrum se expandió y reorientó con el tiempo más allá de su énfasis en el desarrollo original, modificando su filosofía interaccionista para incluir un enfoque en las habilidades básicas y los problemas del aprendizaje escolar. Es una propuesta muy interesante basada en el concepto de inteligencias múltiples de Howard Gardner, ya que cada niño exhibe un perfil distintivo de diferentes habilidades o un *espectro de inteligencias*, las cuales pueden mejorar con acciones educativas y un entorno facilitador (rico en materiales y actividades estimulantes).²⁹

Los investigadores del espectro diseñaron actividades de evaluación en siete dominios diferentes de conocimiento: lenguaje, matemáticas, música, arte, comprensión social, ciencia y movimiento.

Áreas de habilidad cognitiva³⁰

Números	a) Juego del dinosaurio: diseñado para medir la comprensión de los conceptos numéricos, la habilidad para contar y seguir ciertas reglas, así como el uso de estrategias.
Números (<i>cont.</i>)	b) Juego del autobús: evalúa la habilidad de un niño para crear un sistema notacional útil, realizar cálculos mentales y organizar la información numérica para una o más variables.
Ciencia	a) Actividad de construcción: diseñada para medir la habilidad mecánica de un niño. El éxito de la actividad depende de las actividades visuales, espaciales, observacionales, de psicomotricidad fina y de resolución de problemas. b) Juego de la caza del tesoro: evalúa la habilidad de un niño para realizar inferencias lógicas. Se le pide que organice la información para encontrar la regla que subyace a la colocación de varios tesoros. c) Actividades de agua: se usa para evaluar la habilidad del niño para generar hipótesis basadas en las observaciones y realizar experimentos simples. d) Área de descubrimientos: incluye actividades a lo largo del año que estimulan la observación, apreciación y comprensión de los fenómenos naturales.
Música	a) Actividad de producción musical: diseñada con el fin de evaluar la habilidad del niño para llevar el ritmo y el tono adecuado cuando canta, y para recordar las características musicales de una canción. b) Actividad de percepción musical: evalúa la habilidad del niño para discriminar las notas. La actividad consiste en el reconocimiento de canciones, reconocimiento de errores y discriminación de tonos.

Lenguaje	a) Actividad del tablero de historias: mide toda una serie de habilidades lingüísticas, incluyendo complejidad de vocabulario y de estructura oral, uso de conexiones y asociaciones, uso del lenguaje descriptivo y el diálogo, y habilidad para seguir la línea de una historia. b) Actividad narrativa: evalúa la habilidad del niño para describir un acontecimiento con respecto a su habilidad para dar cuenta del conocimiento adecuadamente, su nivel de detalle, su estructura oracional y su vocabulario.
Artes visuales	a) Carpetas de arte: revisadas dos veces al año y evaluadas según criterios que incluyen el uso de líneas y formas, color, espacio, detalle, representación y diseño. Los niños también participan en tres actividades de dibujo estructuradas.
Movimiento	a) Movimiento creativo: el programa de movimiento se centra en las habilidades de los niños en cinco áreas de danza y movimiento recreativo: sensibilidad al ritmo, expresividad, control corporal, generación de ideas de movimiento e interés por la música. b) Movimiento atlético: una carrera de obstáculos que se centra en los tipos de habilidades presentes en muchos deportes diferentes, como la coordinación, el cronometraje, el equilibrio y la potencia.
Social	a) Modelo del aula: evalúa la habilidad del niño para observar y analizar acontecimientos sociales y experiencias en el aula. b) Lista de interacción entre compañeros: se usa una lista de conductas para evaluar los comportamientos que tiene el niño cuando interactúa con sus compañeros. Diferentes patrones de comportamiento conducen a roles sociales distintos, como ser el elemento conciliador o el líder.

El enfoque de Spectrum se puede utilizar de varias maneras: como una técnica de evaluación alternativa, un conjunto de actividades curriculares atractivas o como un componente poderoso para los programas de intervención. En un sentido más amplio, Spectrum proporciona un marco teórico que puede ayudar a lograr cambios importantes en la comprensión del crecimiento de los niños, la apreciación de sus fortalezas y la creación de una atmósfera educativa óptima para su aprendizaje.

Por otro lado, el proyecto Zero de Harvard desarrolla toda una plataforma con los mayores descubrimientos de los procesos de cognición, pensamiento y comprensión en la primera infancia.³¹ Contiene información valiosa para cada grupo de edad y la posibilidad de promover e incentivar las inteligencias múltiples en todas las edades, empezando por maternal o prekínder, hasta preprimaria, en la primera infancia.

El proyecto inició su labor sobre la naturaleza de la creatividad y la inteligencia siguiendo una visión activa y de actuación de la comprensión, una perspectiva del pensamiento centrada en el “pensamiento visible” y en una exploración de las fuerzas culturales que lo apoyan. El siguiente resumen puede ayudarnos a comprender, diseñar y documentar experiencias de aprendizaje poderosas que aporten al desarrollo de las

inteligencias múltiples de los más pequeños, siempre en beneficio de todos:

“Los niños son ciudadanos” ³²	Es un programa donde los propios niños escriben sobre su ciudad y aportan buenas ideas para hacer que brille la vida de manera diferente, eliminando el calificativo del “ciudadanos del futuro”, el cual puede postergar su participación e importancia en la vida de una casa, colonia, ciudad y país.
Hacer y aprender ³³	A partir del interés global, de todos los grupos etarios y las sociedades, por hacer las cosas y ya no sólo consumirlas, se desarrolla el llamado “movimiento de hacer”, una nueva línea de pensamiento en la educación con el aprendizaje centrado en el hacer, permitiendo que alumnos, maestros y familiares se asocien para construir, copiar, diseñar y jugar con una amplia variedad de materiales, ya sea en la escuela, la casa o la comunidad. Está asociado con el pensamiento de diseño, arquitectura e ingeniería.
Hacer el aprendizaje visible ³⁴	Trabaja para crear culturas de aprendizaje sólidas en las escuelas, utilizando la documentación como una herramienta para profundizar, ampliar y hacer más consistente el aprendizaje. Desarrolla capacidades intelectuales y apoya el progreso
Hacer el aprendizaje visible ³⁵ (cont.)	en su identidad personal y grupal como aprendiz, a través de cinco principios clave: ser útil, social, representativo, empoderado y emocional. También promueve el pensamiento crítico en todas las actividades. Una mirada más de profundidad acerca del estudiante, quién es, qué sabe y cómo lo sabe.
Inteligencias múltiples ³⁶	A diferencia del enfoque tradicional de una inteligencia única, todos los seres humanos tenemos capacidades intelectuales múltiples, destacando la interpersonal, intrapersonal, logicomatemática, naturalista, espacial, corporal-cenestésico, lingüístico y musical. Cuenta con una página web, www.multipleintelligencesoasis.org , que ofrece diferentes programas, contenidos, artículos y herramientas prácticas.
Enseñar para entender ³⁷	Contiene enseñanzas para la comprensión, para diseñar planes de estudio con instrucción y evaluación que fomente una comprensión profunda y duradera para los estudiantes.
Proyecto cenar en familia ³⁸	Profundiza en la importancia de “comer en familia”, bueno para la salud física, emocional y espiritual de la familia y de cada uno de sus miembros. Existe evidencia del efecto positivo de esta práctica que conjunta todas las dimensiones de interacción: física, emocional, espiritual y social. También se observan menores tasas de abuso de sustancias, embarazo en adolescentes, TCA y depresión. Se promueve la experiencia positiva con recursos y consejos para establecer horarios, metas, conversaciones trascendentales, la superación de obstáculos e incrementar la frecuencia y su calidad.
Simbolización temprana y transición a la	Se trata de un grupo de estudio centrado en explorar las capacidades de representación en los niños más pequeños, la maduración de las capacidades simbólicas en distintas áreas, el desarrollo simbólico temprano, identificación de

alfabetización ³⁹	diferentes patrones de desarrollo simbólico y el uso de símbolos.
Lenguaje figurativo: explorando el uso de la metáfora y la ironía en los niños ⁴⁰	Permite entender los procesos específicos que son parte del desarrollo del lenguaje y de las relaciones emocionales personales, familiares y sociales.
Padres socios ⁴¹	Una herramienta muy interesante creada para ayudar a los padres a navegar mejor en el desarrollo de sus hijos. Es resultado de estudios profundos sobre desarrollo, desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, centrado en siete áreas fundamentales: lingüística/verbal, visual/espacial, número/lógica, emocional, social, movimiento y musical. Centrado en la relación padres e hijos, promueve la observación, la comprensión y la participación activa y efectiva. A partir de esta iniciativa se han generado otras más con propuestas interesantes.
El proyecto de trabajo de la historia ⁴²	Se orienta a comprender cómo se puede utilizar la narración de historias en el aprendizaje y el desarrollo individual y comunitario. Es representar el mundo que nosotros conocemos a través de cuentos, una forma apasionante que combina arte, imaginación y lectura.



Capítulo 11

Bienestar adolescente (10 a 24 años)

La adolescencia se caracteriza por un desarrollo dinámico del cerebro en que la interacción con el entorno social da forma a las capacidades que un individuo integrará en su vida adulta. Durante la adolescencia, la persona adquiere los recursos físicos, cognitivos, emocionales, sociales y económicos que serán la base de la salud y el bienestar en su madurez.¹

Es momento de poner en relieve la importancia que tiene la generación de 10 a 24 años de edad para el cambio social, así como la urgencia de establecer una política pública que proteja, promueva, aprenda y estudie a la adolescencia en el mundo.² Como mexicanos y latinoamericanos, tenemos la oportunidad de sumarnos a la iniciativa de *The Lancet*, la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud para crear un impacto positivo en la economía, la educación y la salud de esta generación de adolescentes y del futuro del mundo.

Podemos hacer que nuestros adolescentes sean la generación en la historia de la humanidad con mejor salud infantil, nutrición, educación y empleo, además de embarazos en etapas posteriores, pero se enfrentan a un entorno complicado. Uno de cada ocho adolescentes

se encuentra con todo tipo de problemas, entre ellos, enfermedades relacionadas con la pobreza (VIH y otras enfermedades infecciosas, desnutrición y escasa salud sexual y reproductiva), lesiones, violencia, abuso de sustancias, trastornos mentales, enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), estilos de vida poco saludables, desempleo, crisis familiares, migración, etcétera, todo entrelazado en un riesgo para su salud, educación y bienestar.³ Existen importantes carencias en nuestra comprensión de las necesidades sanitarias adolescentes, en la base empírica para actuar, en las estructuras de la sociedad civil para el apoyo comunitario y en los sistemas de interacción entre sectores. El cambio es urgente.

Aparato mental

El aparato mental del adolescente es el heredero del replanteamiento de su papel infantil y el de sus padres, así como de la progresiva interiorización de su función de protección y de disponibilidad. Funge como amortiguador entre las exigencias internas pulsionales y las que provienen de las molestias y las obligaciones de la realidad exterior, promoviendo el aprendizaje y la imitación. Se constituye a sí mismo a partir de las experiencias hedónicas y dolorosas, y trabaja para administrarlas. El psicoanálisis le confiere un parámetro organizador de la vida psíquica y de la personalidad del placer-displacer, actividad que pasa por la vinculación y la desvinculación entre el afecto y la representación, entre la libido y la destructividad, apoyado en los mecanismos de defensa elaborados por el yo y en las experiencias pasadas que entran en resonancia con las actuales o le sirven como refugio.

La presencia de los padres o de figuras rectoras concreta la necesidad de nuevos espacios de diferencia entre los adolescentes y ellos. Ante esto, los padres experimentan una gran tristeza cuando se dan cuenta de que sus hijos ya no los quieren ver o se niegan a escuchar sus consejos y sugerencias. Ya no son más los ídolos de antaño. Si presentan una fragilidad narcisista mejor encubierta que la de sus hijos, un ego trastocado, no van a aceptar esta distancia, con lo que se vuelve necesaria una terapia de familia y pareja que les permitan completar su proceso de individuación relacional.

La separación es un proceso biológico inscrito en el desarrollo, por lo que encontramos datos etológicos, particularmente los señalados en las conductas de apego, así como procesos de interiorización de una relación segura. Los cambios biológicos de la pubertad generan cambios corporales, al igual que el acceso a una vida pulsional posible, facilitando los procesos psicológicos y culturales de la separación y la individuación.

Para que la separación no se acompañe de una excesiva angustia, podemos establecer una constelación de dimensiones psicopatológicas (impulsividad, búsqueda de sensaciones, depresión anaclítica, alexitimia) en las conductas de dependencia, entre otros factores de riesgo. Es sorprendente constatar que las conductas de dependencia aparecen principalmente después de la pubertad y en particular durante la adolescencia o en sus inmediaciones, cuando el sujeto debe volverse autónomo y ya no puede beneficiarse de la protección de sus padres.

Este arribo de la patología parece estar en relación con los factores psicológicos anteriores, los cuales representan una vulnerabilidad a la dependencia y se asocian con los factores coyunturales vitales, familiares y sociales. Estos factores de riesgo parecen

determinantes algunas veces, y la anamnesis nos confirma su existencia, mostrando que la respuesta adictiva durante la adolescencia es algo inevitable.

Se vuelve un proceso doloroso de renuncia, de cambios múltiples, indecisiones y contradicciones. Sin embargo, los adolescentes están preparados a nivel biológico, emocional y de desarrollo para participar más allá de sus familias. Dicha participación es esencial para su desenvolvimiento social y emocional. También es una fuerza de cambio y responsabilidad dentro de las comunidades. Las tecnologías de redes sociales tienen el potencial para incitar, conectar y movilizar a esta generación como nunca antes, así que debemos crear oportunidades para que el compromiso de los jóvenes llegue al mundo real y no solamente los aleje de él. (Esto requiere inversión financiera, asociaciones sólidas con adultos, formación y tutoría, así como la creación de estructuras y procesos que permitan la implicación de los adolescentes y los adultos jóvenes en la toma de decisiones. Podrían incluir elementos estructurales, multimedia, comunitarios, en línea y escolares, además del suministro de servicios sanitarios preventivos y de tratamiento.)

Crisis y duelo

No se pueden entender la vida, la adolescencia, la obesidad, los problemas mentales, el abandono escolar, la violencia, las drogas ni los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), por mencionar algunos, sin revisar los procesos del “trabajo psíquico” y los “duelos” que suceden en esta etapa —la llamada crisis de la adolescencia—, los cuales se dan dentro de un continuo parental, familiar y social que viene de antes, permitiéndonos hablar de la familia “en el bebé”⁴ y más tarde de la familia “en el adolescente”, expresiones que siguen la línea inaugurada por Serge Lebovici cuando propuso “el hombre en el bebé”.⁵

En su crisis, el adolescente se encuentra confrontado por un sinfín de pérdidas, reales y de la fantasía (lo deseado que no fue o que nunca será), que lo obligan constantemente a vivir múltiples procesos de duelo.⁶ Dichas pérdidas se sitúan a diferentes niveles, incluyendo entre padres e hijos, y en especial con hijos particularmente sensibles e inteligentes que hayan asimilado ser los representantes del mandato a través de la transmisión transgeneracional.⁷ Esto genera una *patología del destino* al no poder renunciar al designio trigeneracional que se impone sobre su identidad.

Los padres, por su parte, se encuentran en la crisis de los cuarenta y cincuenta, igualmente inmersos en sus duelos por la decadencia física característica de esos años y con la dificultad de encontrar y desarrollar su fuerza en espacios más emocionales e intelectuales que físicos.

Inteligencias múltiples

El modelo de *inteligencias múltiples* de Howard Gardner propone un enfoque amplio de la capacidad humana que se manifiesta hasta en siete inteligencias complementarias.⁸ Necesitan contextualizarse y distribuirse para mostrar que nuestras capacidades intelectuales están inextricablemente vinculadas a las circunstancias que vivimos y a los recursos humanos y materiales de que disponemos.⁹

Estas inteligencias son parte de nuestra herencia genética y existen en un nivel muy básico en todos los seres humanos. Todos nacemos con ciertas habilidades nucleares de cada una, conformando una *habilidad modeladora en bruto* que predomina en el primer año de vida, como vimos en el capítulo anterior, y se desarrolla poco a poco conforme se resuelven las incógnitas cotidianas. En etapas subsecuentes, como la adolescencia y la madurez, se manifiestan de la siguiente manera:¹⁰

1. La **inteligencia lingüística**, que observamos principalmente en poetas, escritores, reporteros, etcétera.
2. La **inteligencia logicomatemática**, asociada con la capacidad científica cuantitativa.

Si bien estas dos primeras se encuentran sobre un pedestal en la sociedad y en las ciencias cuantitativas por reforzar los modelos de entendimiento actuales, dado que los sistemas de evaluación se basan en las capacidades verbales y matemáticas,¹¹ el éxito en la vida necesitará de las demás inteligencias. Gardner mismo no considera más o menos importantes las otras.

Un ejemplo dramático podría ser el que presenta David Halberstam en su obra *The Best and the Brightest*,¹² donde revisa el perfil de los compañeros de Harvard de John F. Kennedy, invitados a Washington para ayudar al presidente y que terminaron desencadenando la guerra de Vietnam. Hay decisiones para las que el perfil del pensamiento logicomatemático no sólo es insuficiente, sino peligroso.

Las inteligencias restantes son:

1. La **inteligencia espacial** es la capacidad para hacerse un modelo mental del mundo y operar a partir de él. La utilizan marinos, cirujanos, pintores, arquitectos, escultores, pilotos, etcétera.
2. La **inteligencia musical** se manifiesta en quienes tienen al sonido como el gran canal para descubrir el mundo. Lo comprenden en notas y estructura, un lenguaje no lejos

del matemático.

3. La **inteligencia corporal y cinética** es la capacidad de resolver problemas o elaborar propuestas empleando el cuerpo, o partes del mismo, como lo observamos en bailarines, atletas, artesanos, escultores y cirujanos, entre otros.
4. La **inteligencia interpersonal** es una parte de la *inteligencia personal*. Es la capacidad de entender a las demás personas, qué les motiva y cómo trabajar en equipo. Se observa en los buenos vendedores, políticos, profesores, médicos de cabecera, líderes religiosos, etcétera.
5. La **inteligencia intrapersonal** es el otro aspecto de la *inteligencia personal*, una capacidad correlativa orientada hacia el interior para formarse un modelo ajustado y verídico de uno mismo.

La inteligencia se manifiesta a través de distintos canales que desarrollan diversas capacidades simbólicas, y la adolescencia es el escenario perfecto para ello. La inteligencia comienza con el *lenguaje*, a través de frases, cuentos, historias; prosigue con la *música*, por medio de canciones y arrullos; después con la *comprensión espacial*, a través de los dibujos, hacia el conocimiento cinético-corporal al cargar, bailar y hacer gestos. A esto se incorpora posteriormente un nivel mayor de abstracción, sistemas simbólicos de segundo orden, como las matemáticas, la cartografía, la notación musical, otras lenguas y los ritmos corporales, entre otros. (Es preciso revisar el *horarium* de los adolescentes, pues ahí se encuentra el abono para desarrollar su inteligencia emocional, sus inteligencias múltiples y su bienestar.)

En la adolescencia y la vida adulta las inteligencias se expresan por medio de vocaciones y aficiones. Si continuamos con el ejemplo de la inteligencia logicomatemática: inicia como una habilidad puramente modeladora en la temprana infancia, se desarrolla con el aprendizaje simbólico en el kínder y la primaria, y después se da la elección de estudiar algo relacionado con números y cursar alguna carrera técnica o profesional que haga uso de esta inteligencia, como ingeniería, actuaría, contaduría, etcétera. Este modelo de pensamiento permite reunir y generar una clase de conocimiento que alerte y capacite a todas las generaciones para los nuevos desafíos globales.

Aunado a esto, siempre existe un pequeño grupo que destaca por tratarse de personas altamente dotadas con habilidades nucleares y capacidades propias en entornos especiales, propicios para desarrollar alguna inteligencia en especial. Son las promesas de habilidades extraordinarias, siempre importantes porque movilizan a todo un grupo y a la larga aportan al desarrollo del conocimiento.

Alimentación, actividad física y el peso

Una publicación reciente de la Universidad de Minnesota,¹³ parte del proyecto EAT I-IV (“Eating and Activity in Teens and Young Adults”, alimentación y actividad en adolescentes y adultos jóvenes), señala que todos los adolescentes presentan problemas con la alimentación, la actividad física y el peso en su paso hacia la edad adulta: “Solamente 2% de las mujeres por 7% de los varones no presentan tales problemas”.¹⁴

Necesitamos romper el monopolio del ambiente obesogénico y sus conductas en México y América Latina, hacer intervenciones de gran alcance que aborden un amplio espectro de problemas relacionados con la comida, la actividad y el peso antes, durante y después de este periodo de desarrollo, ya que la mayoría de los jóvenes presenta algún tipo de problema con estos tres factores desde la adolescencia hasta la edad adulta. Aunado a esto, estudios previos demuestran que las mujeres adolescentes y los adultos jóvenes corren un alto riesgo de insatisfacción corporal y de realizar prácticas de control de peso no saludables, disparado probablemente por las fuertes presiones sociales que enfatizan la delgadez en la sociedad de consumo obesogénica.¹⁵

Parecería que la conducta aleja del interior y no que es una extensión del mismo. Esta crisis es mayor cuando encontramos una fragilidad específica en los cimientos narcisistas del adolescente, particularmente en las mujeres. Esta situación de sí mismo ante los TCA, y en relación con su entorno familiar, refuerza los hallazgos de la psicopatología del desarrollo: la compleja coherencia y la dificultad para la continuidad de los cuidados tempranos —disparados por las interacciones y sus fantasías— se encuentran en el origen de tales deficiencias, mismas que continúan en la constitución del yo.¹⁶

Esto nos recuerda la coexistencia de los diferentes dominios del ser y la ruptura e inauguración de ciertas continuidades durante la adolescencia:¹⁷

- **Fin de la tranquilidad del cuerpo.** Con la llegada de la pubertad sobreviene una fuerte tensión, incluso en el interior del cuerpo, propiciando que se busque controlarlo e incluso, como observamos en la anorexia, intentar negar su existencia con la restricción de la ingesta. Sea cual fuere el desenlace, es irrefutable el fin de la tranquilidad infantil referente al cuerpo. Esta intensidad se relaciona con aumento de la pulsión sexual y los nuevos requerimientos de la etapa ante los cambios en el cuerpo y una tormenta hormonal.
- **Fin de la estabilidad de la imagen corporal.** Estrechamente vinculado con el punto anterior, el adolescente tendrá que experimentar en poco tiempo (cuestión de meses) una

transformación profunda de su imagen corporal en sus múltiples dimensiones: estática (forma de la imagen), dinámica (cinética del cuerpo) e interactiva (función social del cuerpo).¹⁸ Se exige una reestructuración de los registros emocionales y corporales a diferentes niveles en cada una de las dimensiones: percepción (imagen corporal), cognición y afectos (insatisfacción de la imagen corporal), actitud y conducta (verificar o eludir la imagen corporal).¹⁹

Destacan las siguientes actitudes en la adolescencia: la *ineficacia*, que les pesa más a las mujeres, con 37.7% (superior a 34% en varones); el *perfeccionismo*, con 42.8% en mujeres (casi lo doble que los varones, con 28.7%); el *impulso a la delgadez*, con 56.9% en mujeres (frente a 25.9% de los varones), y la *insatisfacción corporal*, con 65.5% en las mujeres, sin que aparezca, sorprendentemente, en varones.²⁰

En 2016, entre los 12 y 19 años, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es de 36.3%, 1.4% por encima de la prevalencia en 2012 (34.9%).²¹ Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. La prevalencia nada más de sobrepeso en adolescentes de sexo femenino (26.4%) en 2016 fue 2.7% superior a la observada en 2012 (23.7%), mientras que la prevalencia de obesidad (12.8%) es similar (12.1%).²² En los adolescentes de sexo masculino no hubo diferencias significativas. Los varones ocupamos los primeros lugares de obesidad en niños, adolescentes y adultos; el segundo lugar en adultos con mayor crecimiento poblacional entre 15 y 74 años de edad, y el segundo lugar en proyección de obesidad para el año 2030.²³

Debemos cuidar que no se adopten hábitos alimenticios inadecuados, como omitir comidas, no tener horarios establecidos o consumir una gran cantidad de alimentos de un solo grupo. Esto puede traer problemas de salud serios, entre ellos la anorexia, la bulimia y la obesidad.

Otra característica de esta etapa es que hay un riesgo mayor de sufrir anemia por la falta de hierro, necesario para el crecimiento de los tejidos y el aumento del volumen sanguíneo. Por lo tanto, resulta esencial consumir verduras de hoja verde y cítricos. Además, en la dieta del adolescente deben incluirse alimentos que aporten la cantidad suficiente de calcio, pues en esta etapa se genera casi 85% de la masa mineral ósea definitiva. El zinc puede influir en los patrones de crecimiento, así que se debe procurar el consumo de germinados, verduras de color verde y semillas. Cuida también que los alimentos incluyan todas las vitaminas relacionadas con el desarrollo celular y las que favorecen la absorción de los demás nutrimentos: vitaminas A, C, D, E y el complejo B, principalmente.

riesgos y determinantes²⁴

Determinantes sociales y estructurales	Indicadores principales	Estratificación	Objetivos de 2030
Prolongar la finalización de la educación secundaria	Finalización de 12 o más años de educación en la población de 20-24 años	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Finalización de un 80%†
Reducir embarazos adolescentes	Tasa anual de nacimientos por cada 1 000 chicas de 10-19 años	Casado o soltero, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Menos de 25 nacimientos por cada 1 000 jóvenes mujeres de 10-19 años*
Reducir el matrimonio temprano	Matrimonio antes de los 18 años en mujeres de 20-24 años	Rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Menos de 10%*
Servicios sanitarios con capacidad de respuesta	Jóvenes de 15-24 años con necesidades satisfechas de anticonceptivos modernos	Franja de edad, casado o soltero, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Necesidad cubierta para 80%
Reducir la marginación educativa y laboral	Jóvenes de 20-24 años no empleados, no estudiantes ni en prácticas	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Menos de 10%*
Riesgos para la salud			
Reducir el consumo de tabaco	Consumo diario de tabaco en jóvenes de 10-24 años	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Menos del 10%*
Reducir el consumo arriesgado de alcohol	Jóvenes de 15-19 que beben sin moderación (> 60 gramos) en los 30 últimos días	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza†	Menos de 10%*
Reducir el exceso de peso y obesidad	Porcentaje de jóvenes de 10-24 años que superan las directrices de sobrepeso de la OMS	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Menos de 20%*
Reducir la desnutrición	Prevalencia de anemia por falta de hierro en jóvenes de 10-24 años	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Menos de 10%*

Carga de enfermedad			
Reducir enfermedades relacionadas con la pobreza	Cálculo de años de vida potencialmente perdidos (avpp) sobre enfermedades relacionadas con la pobreza en jóvenes de 10-24 años	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Que ningún país siga sufriendo múltiples cargas en 2030
Reducir lesiones y violencia	Cálculos de avpp causados por la violencia y las lesiones no intencionales	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Que ninguno de los países actuales siga estando en la categoría de exceso de lesiones en 2030
Reducir enfermedades no transmisibles (incluyendo trastornos mentales)	Cálculos de avpp sobre enfermedades no transmisibles	Mujer u hombre, rural o urbano, quintil inferior o superior de riqueza	Menos de 1 500 avpp anuales por enfermedades no transmisibles por cada 100 000 jóvenes de 10-24 años*

† Estratificación no disponible.

* Basado en una convergencia según los mejores países en 2015.

Programas de salud

Es palpable el impulso de llevar a los adolescentes y adultos jóvenes al centro de la escena en la salud mundial y el desarrollo internacional. Los adolescentes se ven cada vez más como un grupo crucial para el éxito de la agenda de sostenibilidad recientemente adoptada, asentada dentro de la Estrategia Global 2030 para Mujeres, la Salud de Niños y Adolescentes.²⁵

La buena salud adolescente genera un “triple dividendo” para la persona, la familia, la sociedad y el Estado:²⁶

1. Crecimiento óptimo y potencial juvenil realizado.
2. Trayectorias más saludables a lo largo de la vida.
3. El comienzo de la vida saludable para la próxima generación.

Además, contamos con la mayor generación de 10 a 24 años de edad en la historia de la

humanidad. Sin embargo, existen límites para nuestra capacidad actual de respuesta.²⁷ sistemas de salud poco desarrollados, sistemas débiles y mal coordinados para recopilar datos (poca capacidad para establecer prioridades equilibradas o monitorear el progreso) y una pobre organización de acciones de salud (dentro y fuera del sector).

Estas limitantes enmarcan la adolescencia y su salud el curso de la vida y el ciclo intergeneracional.²⁸ Muchos de los trastornos mentales y el abuso de sustancias de la edad adulta surgen durante estos años,²⁹ al igual que los procesos de riesgo para las enfermedades no transmisibles, incluidas enfermedades cardiovasculares, cáncer, problemas del aparato locomotor y problemas metabólicos.³⁰

La obesidad ha complicado aún más los riesgos nutricionales que surgen en la adolescencia, y coexiste con la inseguridad alimentaria y la desnutrición,³¹ particularmente de niñas que quedan embarazadas.³² Debe valorarse la educación integral sobre sexualidad y la provisión de anticonceptivos en un entorno de cuidado amigable para los jóvenes.³³ Aun con más evaluaciones de acciones para la salud reproductiva que otras áreas, hay muchas lagunas de conocimiento: falta de estudios sobre la mujer y la mutilación genital, sobre matrimonios infantiles, parejas sexuales y violencia íntima.

Las escuelas son una plataforma de acción cada vez más importante, por lo que se necesita que los planes sean multicomponentes y estén coordinados en diferentes aspectos de la vida y la actividad escolar.³⁴ La creciente población adolescente en secundaria apremia la tarea de desarrollar y ampliar la salud. En muchos contextos, la intervención basada en la comunidad es una alternativa efectiva, y es probable que siga siendo importante en los lugares donde las tasas de asistencia a la escuela son bajas. El valor de la atención amigable para los jóvenes también es más claro, particularmente en torno a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Sexualidad

El autoerotismo constituye uno de los puntos esenciales de anclaje de las experiencias del pasado. Intervienen en dicha constitución los asentamientos narcisistas, y pueden utilizarse a lo largo de la vida como punto de sustento del movimiento regresivo a partir del cual se reestructura el manejo de las nuevas modalidades relacionales. Aquí, la propuesta de la conducta alimentaria como un organizador temprano del “funcionamiento mental” y del fundamento de la “relación” recupera una resonancia especial, complementando la de las zonas erógenas.

Sabemos que los autoerotismos no se reducen a la investidura de las zonas erógenas clásicas (anal, oral, genital), sino que se manifiestan en el cuerpo en conjunto. Su funcionamiento como lugar de intercambio entre el sujeto y su entorno complementa la conducta alimentaria, misma que refuerza los autoerotismos a través de la percepción de sensaciones interoceptivas (hambre y saciedad) y afectivas (emociones), las cuales se constituyen desde las primeras interacciones infantiles, entre el bebé y su entorno. Esto es resultado del cambio sobre uno mismo, del placer de satisfacer una necesidad del entorno (el objeto investido), donde veremos que el autoerotismo se enfrenta a la urgente necesidad de afecto y relación. La dinámica autoerótica genera el placer del funcionamiento, el cual se alimenta a su vez de la calidad misma de la relación con su entorno, sin que el bebé perciba muy tempranamente y de forma masiva su impotencia, su dependencia hacia el propio entorno ni el rol que éste juega en la satisfacción de sus necesidades.

Sabemos que, ante la falla en la constitución de los autoerotismos tempranos, el bebé responde invistiendo en exceso su aparato perceptivo-motor y “la sensorialidad reemplaza el placer”.³⁵ Esto genera una alteración del funcionamiento y una particular organización del cuerpo consigo mismo y con su entorno, similar a los trastornos psicosomáticos del lactante. Los trastornos tempranos se reflejarán en dos de los ejes del desarrollo: el relacional y el de la autonomía del sujeto.

Entrada la adolescencia, la fuerza de la pulsión sexual es intensa, generando un incremento en la sensación interna de tensión, buscando descargarla. Frecuentemente, esta carga de excitación (junto con los movimientos corporales y conductuales que la acompañan) se toma como un signo de agresión si el entorno próximo, los padres, lo expresan de esta manera.

Decía Donald Winnicott que crecer es por naturaleza un acto agresivo, dadas las intensidades y rupturas.³⁶ El adolescente pondrá en juego diferentes defensas psíquicas y conductuales, destacando la inhibición, el regreso a sí mismo para controlar la

excitación, aproximándolo a un estado depresivo más o menos evidente.

Si los padres mismos no han podido trabajar la agresividad y culpa en sus familias de origen, serán sentimientos prohibidos o censurados en las relaciones familiares, aumentando la dificultad de desarrollo de la elaboración de estos intensos afectos. Una relación se constituye por los intercambios entre el individuo y su entorno, especialmente las personas con más carga afectiva, como lo vemos en la teoría de las relaciones de objeto.

En esta etapa se da un fin de la bisexualidad potencial y el pensamiento omnipotente. Como resultado de la pubertad, el cuerpo se definirá hacia un sexo, uno solo, determinado por sus caracteres secundarios. Igualmente, los adolescentes vivirán la primera gran imposición de su historia, tendrán un cuerpo no necesariamente ideal, pero sí propio. El adolescente tendrá que ser hombre o mujer; no puede ser los dos a la vez. En quienes padecen TCA encontramos fantasías de bisexualidad potencial, reforzadas por su figura corporal emaciada e indiferenciada. De tal manera, vemos cómo la calidad de los cimientos narcisistas y la progresiva diferenciación de las estructuras internas del aparato mental —junto con las relaciones con los demás— generan la evolución de la personalidad hacia una “individuación relacional”.³⁷ (Es preciso considerar que una diferenciación insuficiente fragiliza al sujeto y lo vuelve más vulnerable a las variaciones del entorno.)

Embarazo adolescente: factor de alto riesgo

Es un grave problema en México que debemos combatir para que los adolescentes puedan mejorar sus condiciones de vida, su autonomía y su participación en todos los ámbitos. Aprovechar todas las oportunidades es un aspecto clave para el desarrollo de su proyecto personal, familiar, profesional y social. Que el embarazo ocurra después de los 20 años reduce el riesgo de muertes maternas e infantiles y mejora el bienestar de las mujeres, sus hijos y sus comunidades. Nuestro país tiene aún una alta fecundidad adolescente y la gran necesidad insatisfecha de anticonceptivos accesibles, especialmente para adolescentes solteros y sexualmente activos.

Las cifras son terribles:³⁸

- El 19.2% de los embarazos en México suceden en adolescentes.
- En promedio, 5.6% de las adolescentes han estado embarazadas, y en 2014 se reportaron 82.7 nacimientos por cada 1 000 mujeres entre 15 y 19 años.
- Entre 2009 y 2014 se incrementó 15.5% la tasa de embarazo adolescente.
- En 2014 el Estado de México ocupó el décimo lugar en embarazos adolescentes a nivel nacional.

Actualmente México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.³⁹ Hay muchas razones por las que México tiene niveles tan altos de embarazo adolescente: falta de oportunidades, pobreza, poco acceso a educación avanzada y servicios de salud, así como un entorno que, en general, no favorece el desarrollo de las mujeres. Es uno de los principales mecanismos generadores y perpetuadores de pobreza, y de entrada sucede más en clases sociales con bajos recursos económicos. Como consecuencia, el rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedentes de embarazo.⁴⁰

Y es un círculo vicioso. Los adolescentes que viven en condiciones de pobreza y marginación tienen menos oportunidades de desarrollo en su vida, así que una de las formas de ganar respeto a nivel social es tener hijos como su único plan de vida viable. El problema es que la maternidad y la paternidad temprana causan muchos problemas de salud a las mujeres y sus hijos, pone en riesgo su vida y su bienestar, al igual que sus posibilidades de desarrollo. Las mujeres que tienen hijos a edades tempranas tienen muchas dificultades para terminar la escuela y conseguir un trabajo bien pagado. De igual forma, los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de morir en el primer año de vida y suelen tener problemas de desarrollo, lo que dificulta que se desempeñen

bien en la escuela.

Debemos tomar ciertas acciones de protección para evitar este ciclo de pobreza constante:

1. Ampliar las posibilidades de desarrollo real de las mujeres y los hombres jóvenes. Es necesario vincular a las mujeres y a los hombres jóvenes con los sistemas estatales de becas, de manera que puedan continuar en la escuela hasta alcanzar grados técnicos o profesionales que les permitan acceder a un trabajo bien remunerado. La clave para reducir el embarazo adolescente está en ofrecer a los jóvenes un mejor futuro.
2. Sensibilizar a todos los sectores de la población sobre la importancia de retrasar el embarazo adolescente por lo menos hasta los 20 años. Cada familia tiene diferentes creencias, pero es importante que todos estemos de acuerdo con la meta de proteger la salud y el bienestar de los adolescentes.
3. Utilizar estrategias científicamente probadas para prevenir el embarazo. Actualmente la recomendación internacional es que los adolescentes tengan acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos y que utilicen protección dual, es decir, un condón y un método de larga duración. El condón ayuda a prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, mientras que el método de larga duración, como las inyecciones, el DIU y el implante actúan para prevenir un embarazo sin tener consecuencias de salud o en su vida reproductiva a largo plazo.
4. Actualizar a los padres para que proporcionen orientación y se hable de estos temas en casa. Ellos canalizarán servicios de salud de alta calidad, enfocados en el bienestar de los jóvenes.

Uno de los aspectos más significativos en la adolescencia es el desarrollo de la sexualidad, por lo que la OMS la reconoce como un punto central en el ser humano, junto con las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.⁴¹ La sexualidad se vive y se expresa con pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones, ámbitos y dimensiones plenamente sociales e históricamente constituidos.

En 2012, el número de adolescentes de 10 a 24 años en el mundo representaba entre 20 y 24% de la población mundial.⁴² En México, de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), la cifra ascendió a casi 34 millones.⁴³ El inicio de las relaciones sexuales influye trascendentalmente en el proyecto de vida de la población adolescente.⁴⁴ En 2012, 23.5% de la población adolescente entre 12 y 19 años a nivel nacional declaró haber tenido relaciones sexuales, con una diferencia importante por sexo (25.5% en hombres y 20.5% en mujeres).⁴⁵ Por otra parte, la Encuesta Nacional

de la Dinámica Demográfica (Enadid) documentó que la edad promedio al inicio de las relaciones sexuales en las mujeres adolescentes es de 15.9 años, y que la mitad de estas adolescentes iniciaron su vida sexual antes de los 15.4 años,⁴⁶ lo que indica la necesidad de intensificar las acciones informativas orientadas a favorecer el ejercicio responsable y protegido de la sexualidad desde edades muy tempranas.

Como dije anteriormente, la mayor parte de los factores asociados con el fenómeno del embarazo en la adolescencia tienen que ver con la pobreza: la unión temprana; la actividad sexual muy precoz, desprotegida y forzada; la falta de asistencia a la escuela, y la falta de oportunidades laborales. Desde esta perspectiva, el embarazo adolescente es síntoma o producto de la precariedad e inequidad socioeconómica del país.

Se ha demostrado que, aun en condiciones de pobreza, asistir a la escuela y tener oportunidades laborales pertinentes para el grupo etario de más de 15 años son un factor protector contra el embarazo, por lo que pueden considerarse uno de los principales medios de prevención. La escolaridad va de la mano con el retraso de la primera relación sexual, el matrimonio y el primer embarazo, con el uso de anticonceptivos y con ideales de tener una familia más pequeña y planificada. La evidencia señala que tener un plan de vida a largo plazo, sustentado en un proyecto que considere el estudio, el trabajo o una ocupación diaria en casa y fuera de ella, es un factor preventivo y protector del embarazo adolescente.⁴⁷ Por el contrario, carecer de un plan establecido y de actividades sustantivas dignas para la persona y la sociedad lleva a la adopción de la paternidad como salida a la falta de oportunidades y expectativas de vida.

Los datos sugieren que algunos embarazos en la adolescencia denotan un vínculo con la coerción, el engaño o el abuso.⁴⁸ El registro de nacimientos de la Secretaría de Salud muestra que en 60% de los registros de madres adolescentes el padre es un hombre de 20 años o más, lo cual cuestiona si las relaciones que llevaron al embarazo fueron consentidas o no.⁴⁹ Entre menor es la edad de la madre adolescente, mayor es la proporción de padres 10 años mayores que ellas o más. La diferencia media de edad entre el padre y la madre es de cinco años entre las adolescentes menores de 15 años, entre las de 15 a 17 son cuatro años, y entre las de 18 y 19 son tres años. Del total de madres menores de edad, solamente uno de cada 10 padres (10.8%) también tenía menos de 18 años al momento del parto. Entre las madres que dieron a luz antes de los 15, la proporción de padres mayores de edad es el doble, es decir, sólo uno de cada cinco padres era menor de edad, dejando una edad promedio de 20 años.⁵⁰

En parte, estas diferencias están sustentadas en las normas sociales e inequidades de género que se relacionan más con la maternidad que con la paternidad, puesto que los varones pueden desentenderse más fácilmente, desconocer o no responsabilizarse del producto de las relaciones. Los roles y estereotipos tradicionales de género profundizan la inequidad porque las mujeres tienen menos poder para decidir sobre su vida

reproductiva.

Algunas causas de embarazo adolescente poco documentadas en México, pero observadas en otros países, incluyen el uso de alcohol y drogas, lo que disminuye la probabilidad de que los adolescentes tomen las medidas de protección adecuadas.

Es importante compartir los puntos principales del Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018⁵¹ y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. Sus proyecciones son:⁵²

1. Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva para adolescentes.
2. Reducir los embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población.
3. Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente.
4. Reducir a diez puntos el porcentaje de hombres entre 12 y 19 años que no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, y a 22% las mujeres del mismo rubro de edad.
5. Asegurar que al menos 90% de los servicios específicos para adolescentes otorgue un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva, acreditados conforme a la normatividad oficial.
6. Incrementar a 59.3% la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres de 15 a 19 años.
7. Reducir la tasa específica de fecundidad en adolescentes a 65 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años de edad.
8. Reducir el ritmo de crecimiento de las infecciones de transmisión sexual a 57.2 casos nuevos por cada 100 000 adolescentes de 10 a 19 años de edad.
9. Capacitar anualmente al menos a 90% del personal programado en temas de salud sexual y reproductiva.
10. Incrementar la búsqueda intencionada de casos de violencia sexual en al menos 60% de las adolescentes menores de 15 años que tuvieron un evento obstétrico.

Se deben desarrollar estos puntos básicos dentro de las familias y las escuelas para apoyar a los adolescentes y disminuir el embarazo:

1. Contribuir al desarrollo humano y ampliar las oportunidades laborales y educativas de los adolescentes.
2. Propiciar un entorno que favorezca las decisiones libres, responsables e informadas de los adolescentes respecto al ejercicio de su sexualidad y la prevención del

embarazo.

3. Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los reversibles de acción prolongada, para garantizar la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad.
4. Garantizar el derecho de los niños y la población adolescente a recibir educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.



Capítulo 12

Bienestar en la edad adulta: crisis de la mitad de la vida (35 a 55 años)

A veces tengo la sensación de que lo que se da es idéntico a lo que no se da, lo que descartamos y dejamos pasar idéntico a lo que tomamos y asimos, lo que experimentamos idéntico a lo que no probamos, y sin embargo nos va la vida y se nos va la vida en escoger y rechazar y seleccionar, en trazar una línea que separe esas cosas que son idénticas y haga de nuestra historia una historia única que recordemos y pueda contarse, sea al instante o al cabo del tiempo, y así ser borrada o difuminada, la anulación de lo que vamos siendo o vamos haciendo. Volcamos toda nuestra inteligencia y nuestros sentidos y nuestro afán en la tarea de discernir lo que sea nivelado, o ya lo está, y por eso estamos llenos de arrepentimientos y de ocasiones perdidas, de confirmaciones y reafirmaciones y ocasiones aprovechadas, cuando lo cierto es que nada se afirma y todo se va perdiendo. Jamás hay conjunto, o acaso es que nunca hubo nada. Sólo que también es verdad que a nada se le pasa el tiempo y todo está ahí, esperando a que se lo haga volver.

JAVIER MARÍAS, *Corazón tan blanco*.¹

La crisis de la mitad de la vida es muy fuerte porque sólo nos queda volvernósnos mismos. Es el momento cuando por primera vez nos hacemos conscientes de que no tenemos tiempo, de que el tiempo pasa y los cambios no pueden esperar a que las cosas sucedan. Puede ser ligera, mediana o intensa pero, como toda crisis, es una gran oportunidad de cambio.

En todas las crisis, frenar nos puede permitir variar o incluso cambiar de dirección. Estaremos cerca de poder señalar las conductas que nos limitan o facilitan estar bien y construir un estado de bienestar, una pareja, una familia o un grupo de bienestar. Es urgente tener al alcance toda clase de medios para estar bien, y hoy no existe ningún profesional del bienestar como tal, dado que el camino de la salud no ha sido el más atinado al prescribir lo ideal en lugar de iniciar con lo posible. Olvidamos que el bienestar es lo que determina la salud, y no la salud lo que define el bienestar.

Las causas de la crisis pueden ser muchas y variadas, como la pérdida de la

resistencia física adolescente, de la sensación de vialidad, no lograr todos o los más grandes sueños o metas de la juventud, añorar los años de libertad y soltería, y querer pasar tiempo con amigos o solo.

Esta crisis puede manifestarse en conductas intensas y desordenadas, como el consumo de alcohol, compras excesivas, demasiada preocupación por el físico (llegando incluso a la cirugía plástica), preocupación exagerada por la salud, conductas impropias de la personalidad, buscar reconocimiento en conductas ajenas y con grupos desconocidos, o buscarlo en personas, hasta llegar a la infidelidad. Con mucha frecuencia la existencia de una depresión o un trastorno de ansiedad subyacen o disparan esta crisis, así que no debemos descartarlos.

Parte de las crisis de esta etapa de la vida también pasa por el cuerpo, y es particularmente sensible el día de hoy, en la cuarta revolución industrial, ya que su efecto en nuestra intimidad es profundo a través de las redes sociales digitales y el ambiente obesogénico. Muchas veces hablamos de manera anecdótica del impacto que tienen estos dos factores actuales y predominantes en la vida de todos los mexicanos y latinoamericanos, pero sus efectos son claros y graves. Tomemos el ejemplo de la dismorfia, que es el resultado de la insatisfacción corporal provocada por los factores globales actuales de la sociedad de consumo. Es reversible, pero necesitamos comprender su gravedad y actuar.

Puede llegar a ser una alteración, incluso un trastorno que se inicia en la adolescencia, cuando las preocupaciones por el cuerpo le pegan más fuerte a las mujeres, dada la inmensa presión social que soportan como efecto de la grave violencia de género. El blanco predilecto es el cuerpo femenino como objeto de consumo, resultado de pocos equilibrios interiores, físicos y emocionales.

La dismorfia es una alteración de la percepción que la persona tiene de su propia imagen física, y puede ser temporal o permanente.² Identificamos las situaciones más graves de esta ruptura con nuestro interior en los trastornos de la conducta alimentaria, presentes ya en la dismorfia al falsear la reflexión íntima de “Como me siento, me veo” en el común “Como me veo, me siento”.

La dismorfia representa una amplia gama de temores que van desde la preocupación por algún defecto, ya sea físico o imaginario, hasta magnificar alguna imperfección (que todos tenemos) e incluso sentirse deforme, buscando solucionarla con cirugía estética.

Todos tenemos o pasamos temporalmente por este tipo de trabas, por lo que es importante recordar que se gestan desde antes. Son fallas que suceden muy temprano en el desarrollo físico y emocional, cuando nuestros primeros registros se van integrando, ya que lo físico promueve lo emocional y viceversa, y dejan imperfecciones en nuestros registros emocionales y de hambre y saciedad. Como dije antes, cuando alguno de estos dos registros no se da con frecuencia y de manera complementaria, confundimos las

señales de nuestro cuerpo.

Podemos incluso llegar a desconocernos dependiendo de la ausencia que se trate. Dejamos de ser nosotros mismos y no permanecemos en nuestro interior la mayor parte del tiempo, desde donde parte todo nuestro equilibrio y bienestar. Nos volteamos hacia el exterior, nos concentramos en lo externo, y entonces aparece esta clase de síntomas como la dismorfia.

Estos momentos fuera de sintonía con uno mismo se manifiestan con pensamientos, así que debemos estar conscientes de cómo nos sentimos, echarnos un clavado a nuestra alma, pues cuando no la atendemos como prioridad, nos tropezamos con la desconexión y la enfermedad. (Si crees tener una visión dismórfica de tu cuerpo, puedes responder un cuestionario gratuito en línea, el cual se califica automáticamente. Visita la página web www.itoc.org.es/BDDQ.html.)

La actitud de insatisfacción corporal está presente de manera intensa y frecuente en todos, especialmente en las mujeres, lo que nos explica la mayor prevalencia de conductas de riesgo y trastornos de la alimentación que tienen ellas, como lo encontramos en las encuestas nacionales.³ En nuestro grupo de 35 a 55 años la preocupación por el cuerpo aparece también en hombres, que desde la adolescencia se presentaba como el interés de estar “tronado” o “fuerte”. Esta intención de buscar la aceptación personal a través de la admiración social se describe como *vigorexia* cuando es intensa, y posteriormente se puede llegar a convertir en un tipo de dismorfia: trastorno de dismorfia muscular.⁴

Estos ejemplos nos hablan del canal interior de la persona y cómo la mantiene fuera de sí misma, a la deriva, sin poder registrarse, acompañarse y, desde ahí, asimilar su entorno cercano. Si eres padre y tus hijos se encuentran precisamente en la niñez o en la adolescencia, necesitas acompañarlos desde su interior, desde sus sentimientos y emociones, estableciendo límites claros. Una dificultad en el registro de tus emociones no sólo te pone en riesgo de tener sobrepeso y obesidad, disparando conductas restrictivas y comentarios negativos sobre tu propio cuerpo, sino que se puede traducir hacia el cuerpo de los demás, los más allegados, alimentando el ambiente obesogénico. Esto trastornará irremediablemente tu relación de pareja y tu parentalidad.

Como vimos, un registro emocional y físico bajo limita también nuestra empatía con la pareja, quien vive la misma crisis, poniendo en peligro la relación, pues su evolución a largo plazo depende de ambos. Lo fuerte y grave de la crisis personal del adulto es que tiene eco en la pareja, y siempre una crisis es más fuerte que la otra, ya que uno de los dos es más sensible, frágil, activo o expresivo.

En este nivel, lo peligroso de la fusión de las esferas físicas, digitales, biológicas y mentales a través de las tecnologías es perder la guía interna del registro de nuestras emociones, enterrado en una oleada de indicadores externos de consumo o de la

apariencia física.

Durante la edad adulta se juntan tres crisis, la personal, la de pareja y la de los hijos, sean púberes o adolescentes. Si no tienes hijos, puedes incluso llegar a cuestionar tu relación de pareja y tu parentalidad, y decidir no tener descendencia biológica. Hacia esta dirección, el enfoque de bienestar es rico y facilitador porque todos tenemos mayores o menores conductas de bienestar, las cuales siguen la pauta de nuestra naturaleza, laten desde el interior a través del registro de las emociones y las necesidades físicas y afectivas.

Las reflexiones personales de esta índole son interesantes porque el modelo antiguo de salud sugiere hacer cambios en dos limitaciones importantes por lo menos: conocer la motivación del cambio y explorar los hábitos de bienestar, pues todos hacemos de entrada algo bueno, aunque sea mínimo, pero se torna fundamental como punto de partida para facilitar el cambio.⁵ Cuando se sugiere un nuevo hábito a desarrollar, aunque sea el más saludable del mundo, si no es parte de nuestro escenario cotidiano nos queda muy lejos de la realidad, a diferencia de acrecentar alguno pequeño pero preexistente. Lo posible siempre es mejor que lo deseable. Deepak Chopra aplica esta sabia sugerencia desde la existencia, y señala que la aplicación de la conciencia tiene el poder del cambio a través de la determinación, la disciplina, la atención y las buenas intenciones.⁶

SUEÑO ADOLESCENTE *VERSUS* LONGEVIDAD

La edad adulta está llena de energía, pero contiene también las señales naturales que demuestran cómo esa vitalidad ya no es de un calibre adolescente. El ideal infantil igualmente debe acabar, dejando fuera las expectativas de ser un hijo definido por las ideas paternas o maternas. Este circuito filial se termina al cerrarse el ciclo de la adolescencia, ya que acaba la rebeldía adolescente que busca precisamente contravenir a la autoridad paternal y separarse por oposición. En esta nueva época se cristaliza la individuación relacional, que implica ser un individuo autónomo sin dejar de vivir en relación con la familia propia y política.⁷

Tener un hijo adolescente genera o propicia el crecimiento, pero puede haber casos en que todavía se quiera seguir viviendo como tal. Con frecuencia vemos mamás que se visten más a la moda que las propias hijas, o se hacen cirugía estética para aparentar menos edad. Existen expresiones como la de “chavo ruco”, la cual aplica para ambos géneros y ejemplifica ese tipo de conductas en que se insiste en permanecer anclado a la adolescencia.

Nuestra sociedad mexicana y latinoamericana también sufre los embates de la moda de ser “eternamente joven”, pero esta parte del ciclo o curso vital es el mejor momento para iniciar la migración hacia vivir más y mejor, pensando y trabajando con vistas a la longevidad.

La formación y consolidación de la pareja

Cuando ya se cerró el ciclo ideal adolescente de la belleza y la fortaleza, cuando lo externo ya no rige nuestras decisiones y, progresivamente, escuchar nuestro interior y nuestras necesidades emocionales adquiere toda su amplitud y esplendor, se decide desde el alma amar a quien uno elija. El miedo al control o al sometimiento de ambos cónyuges ya se digirió en la etapa anterior. Ese sueño adolescente de querer ser querido por el mundo o sus estrellas tomó un lugar más real, y querer a los demás es real, posible y accesible, sin que ninguna de las dos partes se pierda en nociones de ensoñación.

La presencia de la pareja inaugura una etapa muy rica en experiencias, se hacen grupos donde se amplían y multiplican las opciones de desarrollo para cada uno, donde hombres, mujeres y niños disfrutan de la convivencia en familia a través de reuniones para salir al parque, a museos, fiestas, todo lo que desarrolle la red social. De esta manera la formación de la familia se consolidará poco a poco a lo largo de los años, echando raíces profundas y flexibles para la longevidad, cuando la familia crezca y se multipliquen las razones para vivir en familia y sociedad.

Es cierto que entre los 35 y 55 años vemos la mayor tasa de separaciones y divorcios, pero no es consecuencia exclusiva de todas las crisis anteriormente señaladas o de que no se puedan revertir las tendencias individuales —individualistas, mejor dicho—, propias de nuestra sociedad de consumo, la cual insiste en contraponer los valores egoístas contra los de la familia. Y no pretendo ser un extremista “profamilia”, simplemente no podemos negar su relevancia por ser una gran red, y no se necesita tener hijos, pertenecer y desarrollar una familia.

Estos pequeños desencuentros o crisis son justamente los que deben alertarnos, al igual que la creencia de que podemos volver a empezar sin problemas. Éste es un momento crucial en el cual, antes de bajarnos del barco, es mejor si revisamos la escalera de subida, porque es nuestra e implica un modelo y un estilo de hacer las cosas, de apropiarnos o formar parte de ellas. No se trata de considerar bajarnos del barco porque no funciona sin antes haber analizado conjuntamente lo funcional y aquello que no lo es tanto. Se corre el riesgo de repetir el mismo modelo de elección emocional, sólo cambiando de personaje, edad, origen, género o código postal, pero conservando el inmenso riesgo de repetir la historia.

Se sugiere pedir ayuda a un profesional de la salud mental para que la pareja se beneficie. Sabemos que las diferencias son lo que permite la complementación; es cuestión de no caer en los extremos, como permitir que la violencia o las drogas entren en el espacio de la pareja o de la familia. Toda pareja y toda familia necesita tiempo,

amor y constancia para crear un bienestar sólido, y sobre todo cuando ya existen hijos. Considera esta etapa como una oportunidad para redefinir las expectativas mutuas, lo que no necesariamente tiene que terminar en una separación.

Trabajo y hogar

Es igualmente importante saber que en esta época se pueden ganar mayores ingresos y pasar a mejores categorías laborales.⁸ De ahí parte el interés por cambiar para bien en todos los sentidos. El cambio es una necesidad, es la naturaleza que se nos impone, la cual siempre señala su avance, lo identifiquemos o no. Entre los 35 y 55 años se da una de las principales líneas de desarrollo y a la vez un riesgo de crisis.

Los años de autonomía financiera del hogar parental ya quedaron atrás y llevas tiempo disfrutando o sufriendo (en el sentido de que nada en la vida es 50/50 o perfectamente justo) una economía compartida. Aquí es donde la mujer o el hombre responsable del hogar ya disfrutó y padeció ser el administrador de la familia. La carga de esa organización es pesada, es un trabajo permanente y una demanda infinita, sobre todo si hay hijos, ya que se multiplica por diez llegando el primero. Nos damos cuenta de que no es cierto que “donde comen dos, comen cuatro”, puesto que implica mucho más trabajo. Nada en el hogar es una mera operación aritmética.

Conforme crece la familia, el peso de la carga laboral y de la coordinación interna también aumenta, los gastos se incrementan, por lo que se debe planear y decidir no solamente el número de hijos, sino las posibilidades y oportunidades que se tengan para ellos. Es una decisión exclusiva de la pareja, incluyendo los casos de adopción, donde con frecuencia se les ofrecen varios hijos por ser hermanos. Los padres deben hacer cuentas primero para no cargar de más y que resulte contraproducente la decisión. Es preferible tener uno o dos hijos que disfruten de mejores oportunidades, que tres o cuatro que sufran, aunque tengan una familia grande que los quiera y los apoye.

Las crisis de pareja suceden principalmente cuando alguno de los cónyuges hace comparaciones o le presta más atención a lo económico o lo parental por encima de todo, siendo que ambos son fundamentales. Primero se debe reflexionar, estudiar el hogar y hacer los cálculos necesarios. La pareja necesita poder vivir donde sus ingresos le permitan desarrollarse sin demasiada presión por llenar expectativas sociales o propias, lo que implica la consideración de los salarios y las capacidades profesionales, definiéndose un responsable principal. En cuanto al trabajo del hogar, igualmente requiere un plan y un proyecto donde se defina al mejor candidato para pasar más tiempo con el hijo.

El trabajo en el hogar también implica una carga emocional, ya que muchos intangibles tienen un papel desde el primer momento, empezando por el espacio compartido, que debe ser un lugar seguro, ameno, confortable y amoroso con los recursos emocionales, intelectuales, culturales y económicos existentes. La

responsabilidad puede empezar a pesar ante la falta de recursos que aseguren todas las exigencias de vida de la pareja y el hogar, particularmente la lista que se aprecia en las redes sociales digitales o en la publicidad comercial, incrementando la exigencia propia. Al igual que sucede con el cuerpo, subyace la necesidad de aceptación propia y externa al explorar la lista de ideales que toda pareja tiene en su mente. Es preciso alejarse de esta clase de pensamientos antes de que se conviertan en una obsesión, un tipo de *dismorfia hogareña*. Esos ideales inalcanzables terminarán por distorsionar nuestra realidad al quitarle toda posibilidad de gozo y éxito por “lo que falta”, “lo que aún no tengo”. No conviertas tu hogar en un ambiente obesogénico.

Todo puede replantearse para modificar el canal prioritario y hacer reajustes. Lo que no sugiero es dejar como responsable de ambas tareas a la misma persona, pues existe el riesgo de sucumbir en el intento con graves efectos en la relación de pareja y de familia, donde nadie saldrá beneficiado del abuso de responsabilidad. La figura encargada del hogar es responsable del desarrollo emocional de la familia, lo cual ya es excesivo de por sí. Durante muchos años la mujer, y la madre principalmente, cargó con esta clase de encomiendas, de ahí que también se le señalara como la responsable de todas las tareas, problemas o limitaciones que tuvieran los hijos en cualquier momento de la vida, como si fuera una causalidad lineal. Hoy se corrobora que no es siempre tan fácil. Como dije antes, la figura de ambos padres es primordial.

La formación y consolidación de la parentalidad

Sabemos que ser padres es mucho más que concebir, engendrar y parir a los hijos. Será mucho mayor la labor de crianza, donde se consolida el volverse mamá o papá de ese recién nacido: la parentalidad. Las prácticas cotidianas, los compromisos lógicos y los lazos emocionales van a nutrir las relaciones entre el recién nacido y sus padres. En la adolescencia y la edad media de los padres todas esas buenas intenciones de pareja y familia van a entrar en juego y se pondrán a prueba por momentos durante la crisis personal, de pareja y de relación con los hijos adolescentes. Con las demandas familiares y sociales de los tres se consolida el sistema familiar, para el cual es preciso encontrar un equilibrio, ya que no puede funcionar solamente en beneficio de la pareja, como fue en un principio; a favor exclusivamente del bebé o niño, como fue posteriormente, ni para alguno de los padres, que pueda estar en crisis.

Será necesario manejar la suficiente flexibilidad para cambiar las prioridades y preferencias, sabiendo que los tres se encuentran en un momento extremadamente sensible y de cambio. Es importante que todos estén enterados y listos para ayudar, y no sólo esperar a ser ayudados. Es una función benéfica para todos.

Con el paso de los años el apoyo de los hijos al crecer la familia será importante, pues pueden compartir responsabilidades. El hogar será un nido fértil para empezar a dividirse la carga entre ambos géneros. El responsable de la organización del hogar será quien lo proponga, y se dejará ayudar para tener un poco de tiempo libre. Desde que el hijo va a maternal o kínder ya está capacitado y entrenado para hacerse cargo de sus cosas y asumir responsabilidades. Es un gran momento para crecer. Los hábitos se aprenderán fácilmente, incluso como juego. Donde todos ponen, todos ganan. Ambos cónyuges necesitan valorar esta dinámica para que puedan sacarle provecho a su libertad y puedan salir, conservar y desarrollar su vida social personal y profesional. (Lo que no debe ser exclusivo del responsable económico.)

Será en este tipo de pivoteo donde se consolide la función parental, pero también la filial. Ambas figuras viven etapas de cambio y crisis, aunque sean independientes, iniciando así el proceso en que los hijos se ocupen de manera temporal de los padres, potencializando su desarrollo, el crecimiento de las nuevas generaciones.



Capítulo 13

Bienestar después de los 60

*Si quieres ir rápido, ve solo.
Si quieres llegar lejos, ve acompañado.¹*

Longevidad

En nuestra sociedad occidental y de consumo envejecer no es particularmente admirable, ya que una imagen juvenil es lo más aceptado y lo que más se promueve. Hace unos meses leí un artículo sobre el mito de la sociedad del envejecimiento y decía que los críticos económicos han advertido durante mucho tiempo que el envejecimiento poblacional en los países industriales y posindustriales representa una “bomba de tiempo demográfica”.² En pocas palabras, el envejecimiento social es una mala noticia para la economía porque significa que habrá menos personas trabajadoras que contribuyan al crecimiento económico y más personas que cobren pensiones y exijan asistencia pública, en especial en temas de salud. Pero no es totalmente cierto.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que de 2019 a 2050 la proporción de personas de 60 años y más aumentará en todos los países.³ Aunque la esperanza de vida tiende a ser mayor en las economías avanzadas, también está creciendo rápidamente en los países emergentes. Hoy existe la nueva opción de planear,⁴ pensar y actuar para una longevidad posible, como lo demuestran las zonas azules,⁴ donde han aprendido a no detenerse en su trayecto de vida, sino a modificar la intensidad y la frecuencia de ciertas conductas, respetando el kilometraje del cuerpo, pero sin olvidar que la mente soporta mejor una vida intensa, llena de retos y momentos agradables.

El efecto de la longevidad es esencialmente una medida de cómo el envejecimiento biológico cambia en relación con la edad cronológica.⁵ Una consecuencia de este cambio es que la medida cronológica estándar para la edad tiene menos sentido que nunca. Hay estudios demográficos interesantes que señalan que los ciudadanos de los países desarrollados se han vuelto cronológicamente más viejos, pero biológicamente más jóvenes, sucediendo lo que hoy conocemos como longevidad.⁶ La gente está cada vez más lejos de su fecha de nacimiento y más lejos de su probable fecha de deceso.

El equilibrio entre el *envejecimiento* y la *longevidad* tiene amplias implicaciones económicas. Los efectos del envejecimiento se centran en todos los aspectos negativos, pero la longevidad es un fenómeno claramente más positivo. Si las personas llevan vidas más largas y más productivas, pueden tener también una mayor contribución económica, social y familiar.

En México el envejecimiento representa un reto para toda la sociedad y la política pública, puesto que, de ser 5 millones de personas en 2000, éramos más de 12 millones en 2015.⁷ Se prevé que en 2030 rebasemos los 20 millones, cerca de 30% de la población total. Sin embargo, la salud sigue siendo uno de sus retos, puesto que más de

17% padece diabetes mellitus, 17% ha sufrido infartos cardiacos, 6% tiene enfermedades pulmonares crónicas y 5% padece hipertensión arterial.

Se considera entonces la necesidad de generar una serie específica de conductas que cada uno debemos tener y promover para que impacten directamente en nuestra calidad de vida, nuestro bienestar y, por ende, nuestra esperanza de vida, algo clave para priorizar el envejecimiento saludable que sugiere la Secretaría de Salud de México:⁸

- **Cambiar la imagen negativa de la vejez.** Establecer en la familia un eje temático sobre el envejecimiento, incluir una perspectiva de género y promover la noción de “sabiduría” asociada con la de “longevidad”.
- **Evaluar la condición de compañía o abandono,** ya sea personal o por parte de la familia o los amigos. Si se trata de personas o familiares migrantes, es importante fomentar programas de reunificación familiar o buscar ayuda pública o privada con modelos de intervención que incluyan sitios con alta migración.
- **Evitar el sedentarismo.** No pasar más de dos horas en inactividad, sentados, sin mover las piernas. Tampoco ayuda tener estados emocionales alterados, como la ansiedad, la depresión y el estrés, muy frecuentes después de los 60 simplemente por la acumulación de experiencias; no tiene que haber detonadores específicos. Fomentar la actividad física o el deporte, mantener activos los músculos, recordando que uno de los efectos del envejecimiento es la pérdida de masa muscular o sarcopenia, la cual genera a largo plazo dificultades graves en movilidad y autonomía. Toda actividad física debe estar acompañada de una dieta equilibrada y adecuada para la edad, la constitución física y el nivel de actividad.
- **Hacer una revisión general semestral.** Evaluar el estado nutricional y mental e identificar alguna discapacidad, ya que el deterioro es frecuentemente progresivo. Establecer programas de identificación oportuna de enfermedades crónicas y de promoción de la salud. Prevenir o controlar las enfermedades relacionadas con alta mortalidad en este grupo: diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, cardiopatías isquémicas, enfermedades pulmonares crónicas, demencia y problemas vasculares. Fortalecer el esquema de vacunación, ya que el riesgo de padecimientos respiratorios o infecciosos de temporada se pueden prevenir de manera gratuita en los servicios de salud.⁹ Conservar la salud oral, ya que sin un cuidado semestral, el uso prolongado de la cavidad bucal presenta un desgaste importante y la posible pérdida de piezas, generando limitaciones para la masticación, la digestión, la apariencia y la autoestima. Es importante contar con un geriatra, identificar los servicios de geriatría y los hospitales de esta especialidad que existen diseminados por todo el país, destacando el servicio de nuestro Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Instituto Nacional de Geriatría.

Avances en los estudios epidemiológicos de diversas poblaciones europeas permiten identificar los tipos de actividades favorables para conservar la salud:¹⁰ mantenerse activos, llevar una alimentación saludable, no fumar, no beber alcohol en exceso, no tener sobrepeso, evitar caídas, evitar el estrés, desarrollar la inteligencia emocional y la actividad intelectual, establecer y conservar vínculos sociales, promover la salud mental y prestar atención a la salud sexual para evitar enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud formuló el concepto de “envejecimiento activo” en 2002, dentro del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.¹¹ El concepto supone —y también exige— que las personas mayores sigan siendo productivas, profesionalmente activas, se incluyan en programas de educación continua, sean activas socialmente y con sus familias, todo a partir de sus habilidades y necesidades. De esta manera serán independientes por un periodo más largo, mantendrán relaciones con otros (integración social), contarán con ayuda mutua y obtendrán una mayor satisfacción de la vida. Por su parte, las políticas que permitan estas actividades desde una perspectiva institucional y de infraestructura favorecerán la eliminación de barreras sociales en otras actividades para personas de edad avanzada.¹²

Desde el punto de vista de la población que se encuentra en el cuarto periodo de la vida, el concepto de envejecimiento saludable se interpreta como la posibilidad de continuar la vida mental, física, social y económica, incluso si el cuerpo está débil y limita un poco este proceso. Los principales aspectos involucrados en el envejecimiento saludable son la fragilidad, la multimorbilidad (coexistencia de muchas enfermedades crónicas), la pérdida de la independencia y el aislamiento social.

El programa europeo de salud y bienestar Pro-Health 65+ resume la experiencia de los mejores casos europeos, en todos los ámbitos de la vida, incluido el entorno financiero, de salud, social, personal y local.¹³ Es importante que el adulto mayor participe en:

1. **Actividades divertidas y significativas**, como actividades creativas, culturales, cívicas y otros eventos sociales, ya que es el factor directo más importante para el bienestar.
2. **Actividad física**, el segundo factor directo individual más importante para el bienestar. Debe apoyarse a personas mayores que tengan una actividad o un trabajo, siempre y cuando sea poca la carga laboral y no demasiada la responsabilidad. Ayuda a que se sientan útiles, activos y valorados, pero sin estresarse y poner en riesgo su bienestar y su salud.
3. **Interacciones sociales positivas**. Es un hilo conductor para estar bien. De hecho, el dominio social representa 33% del bienestar.

Entre los principios expuestos en el histórico informe de la UNESCO titulado “Aprendiendo a ser: el mundo de la educación hoy y mañana”, destacan:¹⁴

- Es necesario que las instituciones sean menos formales. La educación debe llevarse a cabo con la ayuda de una diversidad de métodos, pues lo más importante es lo que una persona ha aprendido y lo que sabe. La elección de los medios y los métodos para la educación debe ser gratuita y tomar en cuenta el resultado final, ya que todos los caminos que conduzcan a la educación deben ser considerados valiosos.
- El tema más importante en la estrategia educativa es la educación de adultos.
- El estudio autodirigido tiene ventajas insustituibles. Debería haber instituciones que apoyen el autoestudio.
- Se deben introducir nuevas técnicas de reproducción y comunicación para modernizar las tecnologías de la enseñanza.
- La educación de los maestros debe prepararlos para su papel como educadores. La diferencia entre que sean profesionales o no es importante. Debe haber un aumento en el número de voluntarios o parcialmente asistentes remunerados en el proceso educativo.
- El modelo de enseñanza debe adaptarse al alumno, que éste sea el punto focal de cualquier actividad educativa.
 - * Se deben estimular los procesos internos de participación activa de los alumnos. Los estudiantes deben tener la oportunidad de tomar responsabilidad por su aprendizaje.

Pareja

Vivir en pareja es una de las características principales que auguran una vida longeva. Pero sea la variante de pareja que sea, debe traer consigo las adaptaciones propias del elevado kilometraje que conlleva una vida longeva. Recordemos que en los años veinte, posterior a la Revolución mexicana, la esperanza de vida no llegaba a los 40 años; hoy superamos los 76 años, y con un poco de bienestar podríamos llegar hasta los 80.

La pareja que elijamos debe adecuarse, insisto, y también hago hincapié en la elección porque, si permanecemos con la misma pareja sólo porque “más vale malo conocido, que bueno por conocer”, el riesgo de no poder hacer las adecuaciones necesarias para disfrutar la relación será mayor. Una de las crisis principales después de los 60 es disfrutar con un mínimo de conflicto, ya que lo cómodo irá tomando mayor amplitud, pero no se debe olvidar el respeto de la convivencia, la sinceridad de ésta, poder pedir lo que se quiere y necesita, lo que verdaderamente nos ayudará a avanzar, y no dejar que reine el cinismo.

Existe una inmensa variedad de parejas en lo que al tiempo respecta: hay parejas que llevan muchos años juntas, algunas incluso desde la adolescencia o la universidad, cuando las vidas se vuelven una sola por el gusto y el peligro que puede representar. Pero hay otras donde las elecciones y los papeles se tornan rígidos y caducos; lo peor es que pueden volverse aburridas y éste sería un signo de peligro para toda relación. El ser humano es curioso por naturaleza y el aburrimiento mata la naturaleza humana. Que la pareja se pueda mover de su rol principal es un buen inicio: el que siempre ha sido proveedor puede dejar de serlo de manera temporal, el sociable puede permitir al otro serlo, y así cambiar los papeles, prevenir el aburrimiento y la muerte de la pareja.

Sobre este último punto, la pérdida de la pareja se trata de uno de los duelos más importantes y con efectos emocionales graves. Es una crisis que debe manejarse con ayuda profesional, ya que se trata de una ruptura con el ser querido y con la propia historia, con la cotidianidad, los hábitos y todo lo referente al ser.

Los amores tempranos se desarrollan en una época divertida, pero inmadura (particularmente si es en la adolescencia), de ahí que las elecciones tempranas sean azarosas —es falta de experiencia—. Por tal motivo, la tendencia actual de vivir juntos, viajar y convivir antes de casarse o tener hijos es muy atinada.

Hay parejas que van en la segunda, tercera o *N* vuelta. En el mejor de los casos hay un replanteamiento de las bases originales del primer matrimonio, permitiendo mejorar y buscar una relación más sana, siempre y cuando se hayan podido identificar los motivos de la primera elección y sus limitaciones, incluirse en la reflexión y no sólo explorar la

culpabilidad en los otros. Conozco personas que aprendieron y hoy son felices con su segunda pareja.

El tema difícil desde un principio es creer que, si los adultos se quieren y deciden vivir juntos, los hijos respectivos también lo aprobarán. Este tipo de conflictos son los más delicados, particularmente si tienen más de 60 años cuando deciden terminar con la pareja y “rehacer su vida”, expresión que me parece lapidaria, pues si vengo de una destrucción total, el riesgo de que la siguiente no funcione será alto.

El tema de la pareja es apasionante y divertido; lo complejo surge cuando uno espera que la otra persona “salve” o “dé otra vida”. Durante el enamoramiento es muy frecuente e incluso necesaria cierta ceguera, propia de las hormonas y los ideales, pero después de un tiempo será más la clara definición de lo que nos mueve a compartir nuestra vida con esa persona y a querer entrar en la suya.

En las relaciones entre personas mayores de 60, la nueva modalidad es que cada quien viva en su casa y convivan como pareja los fines de semana, en días festivos o en vacaciones, como una permanente luna de miel, teniendo menos riesgo de aburrirse.

Familia: síndrome del nido vacío

Esta etapa se da en todas las familias con hijos, y se caracteriza por el hecho de que los hijos se vayan súbitamente. Aunque sea algo sabido, siempre es de repente y con cierta sorpresa. La partida de los hijos libera a los padres de la *parentalidad*, el proceso de desarrollo emocional que hace posible que ambos crezcan de manera ordenada y armónica a través de la mayoría de los retos. De igual manera, la despedida deja en evidencia el tiempo, implacable o generoso, cuando los padres pueden y deben quedar satisfechos de haber hecho lo mejor posible, y cerrar ese ciclo.

Cuando los hijos salen de casa se modifica la relación con ellos, y muchas veces toman un lugar más parecido al de un amigo querido; incluso modifican sus actitudes hacia una modalidad más afectuosa y de cuidado de los padres, más por cariño que por incapacidad.

El otro hemisferio que sufre grandes cambios es la pareja misma, ya que la función materna y paterna de crianza termina oficialmente, y los padres deben saber aprender a callar y respetar las opiniones o decisiones de los hijos, a menos de que se corra algún riesgo o vean pasar de cerca el tema de la violencia o las drogas. En esos casos sí vale la pena hacer un llamado de urgencia.

La relación de pareja se vuelve central ahora, ambos se quedan solos en la casa, tienen la posibilidad de retomar sus gustos de antaño, pero todo será nuevo de cierta manera, ya que la mayor parte del tiempo se dedicaban a los hijos. Suceden muchas sorpresas —unas agradables y otras no— y pueden descubrir que ya no les gustan las actividades que antes sí o que algunas solamente las hacían por “querer quedar bien”. Eso termina y la crisis se complica si esta etapa viene acompañada de problemas en la pareja, peleas y discusiones, hasta llegar a terminar la relación explícita o implícitamente, como durmiendo en habitaciones separadas. Las depresiones son frecuentes. Se recomienda acudir con un profesional de la salud mental.

Los abuelos

Otro momento fascinante es la aparición de los nietos, la multiplicación del gusto por el nacimiento de los hijos, como si fuera exponencial. El fenómeno natural de la descendencia ofrece la posibilidad de permanencia real en el mundo y en la vida, mucho más que cualquier otra cosa. Con los hijos constatamos la riqueza de la vida, y ésta se duplica si tenemos tiempo para vivirlo también con los nietos.

Al trabajar con Serge Lebovici, pionero de los estudios sobre relaciones tempranas, desarrollo del bebé y parentalidad, siempre quedó énfasis en que detrás de las interacciones y las conductas se encuentra la mente que busca transmitir mensajes a las generaciones presentes y a las que siguen. De ahí parte el concepto de *transmisión transgeneracional*, la cual abarca varias generaciones, respetando las características físicas y emocionales de cada personaje involucrado.¹⁵ Los padres guían sus interacciones a partir de representaciones mentales, y son éstas las que a su vez guiarán a los hijos, por lo que no pueden ser rígidas ni ideales, buscando que hagan felices o alaben a los abuelos, progenitores de los nuevos padres.

Aislamiento

Es uno de los principales problemas y riesgos después de los 60 años. La edad permite ver con mayor profundidad, e incluso claridad, pero el rango y la amplitud del campo sí disminuyen. La red de amigos y familiares de la misma edad se reduce, como es natural: hay amigos entrañables que han fallecido, los padres descansan en paz, muchas veces la relación de pareja es mala o inexistente, y los efectos de la depresión debido a estos desenlaces es omnipresente, refuerza y promueve el aislamiento. Ante la poca demanda de ayuda y el abandono de los hábitos de bienestar, todo se complica y la persona no puede salir adelante.

Se observa menos cuidado en su arreglo personal y una mala alimentación que incluye comidas nada saludables. Pueden bajar de peso o reflejar un incremento considerable, junto con sus graves efectos en la salud. De por sí las células cansadas no funcionan igual, pero con la sobrecarga de kilogramos puede haber efectos nocivos en el funcionamiento, llegando a la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y muchas otras condiciones crónicas.

Si ves que tu padre o tu madre se están aislando, ayúdalos. No se trata sólo de sacarlos a caminar o a pasear, sino de llevarlos a una revisión con el geriatra o con su médico familiar, y no descartes que pueda estar pasando por una etapa de depresión y también necesite ayuda profesional para solucionarla.

Trabajo y jubilación

El 14 de diciembre de 1990 la asamblea general de la ONU designó el 1º de octubre como el día internacional de las personas de edad para reconocer la contribución de los adultos mayores al desarrollo económico y social, así como resaltar las oportunidades y los retos asociados con el envejecimiento demográfico.¹⁶ En México, las personas mayores de 60 años representan 35% de la población económicamente activa: 50% trabaja por su cuenta, 8.9% son empleadores y 38% son empleados remunerados. Entre los 60 y 64 años el porcentaje disminuye a 48.4%, y después de los 75 años se desploma a 16.5%.¹⁷

Entre los principios de la ONU a favor de las personas mayores resalta “la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos”.¹⁸ La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establece en su artículo 5º que las personas mayores de 60 años deben tener “igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral”.¹⁹

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) nos alerta de un grave problema social, muy frecuente en los mayores de 60 años: “Esto puede ser consecuencia tanto de la discriminación que obstaculiza el acceso por parte de las personas mayores a un empleo asalariado, como del deseo de estas personas de trabajar de manera independiente, aprovechando las cualificaciones adquiridas a lo largo de su vida laboral para hacerlo en condiciones que permitan una mayor flexibilidad a la hora de organizar sus actividades laborales y de la vida diaria”.²⁰ Sin embargo, son el grupo etario con las condiciones laborales más desfavorables.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que “el trabajo en condiciones de informalidad es un problema persistente en América Latina y el Caribe”. En México, los adultos mayores representan el porcentaje más alto: 74%.²¹ La OIT escribe que “el ingreso por trabajo es un factor esencial para mejorar el bienestar del hogar”, pero son el grupo con menos ingresos: 30% gana hasta un salario mínimo, 23% más de un salario mínimo y 10% trabaja sin ingreso alguno.²²

Si ya están jubilados, resultado de uno de los beneficios sociales más importantes del siglo pasado, su situación representa un gran logro y beneficio personal y familiar; sin embargo, también es importante prepararse para ello física y emocionalmente, incluso como pareja y como familia, para que no termine siendo un irruptor y genere problemas en lugar de resolverlos, pudiendo buscar nuevas actividades lejos del trabajo y las obligaciones. Con mucha frecuencia a los varones les toma más tiempo empezar a

disfrutar de su retiro y aprovechar el tiempo libre en programas ajenos al laboral. Muchas veces los amigos son el catalizador.

La experiencia y la posibilidad de tener más tiempo libre a partir de la jubilación sitúa a los adultos mayores como una población con muchas facilidades, experiencia y sabiduría para apoyar causas sociales, como pueden ser fundaciones. Existe la Junta de Asistencia Privada (JAP), la cual reúne a las asociaciones y fundaciones sin fines de lucro que pueden ser una excelente opción para sumarse a causas sociales importantes para nuestra sociedad mexicana. Porque “la vida es prestada para poder dejar algo más de lo que te llevas”, como decía mi suegro.



Apéndice

Cuestionarios y herramientas para identificar conductas de riesgo

1. Conquista del bienestar¹

¿Dónde ubicas cada factor de riesgo o de protección en tu vida cotidiana?

- El grado de violencia y consumo de alguna droga (legal e ilegal).
- El grado de satisfacción con tu grupo primario: familia y amigos.
- El grado de actividad que tienes cotidianamente: física, emocional, espiritual y social. ¿Qué tan activo te consideras en dichas áreas?
- El grado de sueño y descanso que tienes en tu vida diaria, así como el grado de disfrute en tus actividades de recreación.
- El grado de bienestar que te aporta tu alimentación hoy en día.

	RIESGO	Autoconciencia	Autoeficacia	Autoestima	
No violencia y no adicciones					
Familia y amigos					
Actividad física, emocional, espiritual y social					
Sueño y descanso					
Lactancia y alimentación sana					
	20%		60%		

2. Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo²

En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)

		Nunca o casi nunca (valor 0)	A veces (valor 1)	Con frecuencia: 2 veces en una semana (valor 2)	Con much frecuencia: Más de 2 veces en una semana (valor 3)
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar				

	de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál (es)				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cuál (es)				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso Especifica cuál (es)				

Calificación

- Se suman las calificaciones de las 10 preguntas
- Cuando la suma es 0-10 = no hay riesgo
- Cuando la suma es 11-30 = hay riesgo

3. Cuestionario de actitudes hacia la figura corporal³

	Nunca o casi nunca (valor 1)	A veces (valor 2)	Con frecuencia (valor 3)	Con mucha frecuencia

					(valor 4)
1	Considero que las mujeres delgadas son más femeninas				
2	Me deprime sentirme gordo				
3	Estar delgado es un logro muy importante para mí				
4	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo				
5	El peso corporal es importante para ser aceptado				
6	El peso corporal es importante para sentirme bien				
7	El peso corporal es importante para conseguir pareja				
8	Me siento gordo, aunque los demás me digan que no lo estoy				
9	Estar gordo es sinónimo de imperfección				

10	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valioso				
11	Cuando estás gordo nadie se fija en ti				
12	Considero que las mujeres gordas son menos femeninas				
13	El aspecto físico es importante para sentirme bien				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa				
15	Cuando estoy delgado me siento en control				

Calificación

- Se suman las respuestas de cada pregunta
- Si la suma es 0-37 = sin riesgo
- Si la suma es 38-60 = con riesgo

4. Registra tu nivel de hambre y saciedad⁴

Nivel	Hambre	Saciedad

0	Podría comer o no, mi cuerpo no me pide comida. Neutralidad en relación con la comida.	Podría comer o no, mi cuerpo no me pide comida. Neutralidad en relación con la comida.
1	Comienzo a sentir señales de hambre.	Satisface mi apetito o hambre, pero podría comer un poco más.
2	Puedo percibir fuertes señales de hambre. Se me antoja comer.	Estoy totalmente satisfecho con la comida.
3	Tengo una sensación de vacío, un hueco en el estómago. Podría comer lo que sea.	Me siento muy lleno, incómodo. No me cabe nada más.
4	Me siento irritable, muy hambriento, muerto de hambre. Ya es un malestar físico.	Comí demasiado, mucho más de lo mi cuerpo acepta para estar satisfecho. No podré comer de nuevo en muchas horas.

Procura estar siempre en un nivel entre el 0 y el 2. Practica en tus comidas para no sobrepasarte.



Recursos

Académicos

“Bienestar, salud y calidad de vida”, diplomado en línea, Universidad Virtual Anáhuac México, <<https://online.anahuac.mx/diplomado-en-linea-bienestar-salud-calidad-vida.html>>.

“Alimentación y nutrición para la salud”, diplomado en línea, Universidad Virtual Anáhuac México, <<https://online.anahuac.mx/diplomado-en-linea-alimentacion-nutricion-salud.html>>.

Massive On-Line Open Course (MOOC), cursos en línea gratis sobre ciencias computacionales, lenguaje, ciencia de la información, negocios, ingeniería y humanidades, <<http://mooc.org/>>.

Universidades para el Bienestar Benito Juárez García, <https://ubbj.gob.mx/registro>.

“Design Thinking”, curso para generar ideas innovadoras, <www.designthinking.es>.

Para recibir información sobre programas educativos, escríbeme a la dirección de correo electrónico armando@barriguite.mx

De lectura

Feria Internacional del Libro del Palacio de Minería,
<<http://filmineria.unam.mx>>.

Feria Internacional del Libro de Guadalajara,
<<https://www.fil.com.mx>>.

Feria Internacional del Libro de los Universitarios (Filuni),
<<http://www.filuni.unam.mx>>.

Feria Internacional del Libro Infantil y Juvenil (FILIJ), Cenart,
<<https://filij.cultura.gob.mx/principal.html>>.

En México hay oficialmente 154 ferias registradas:

<https://sic.cultura.gob.mx/index.php?table=feria_libro>.



Notas

Introducción

- ¹ Pablo Neruda, “Oda al elefante”, *Five Decades: A Selection (Poems 1925-1970)*, Nueva York, Grove Press, 1970, p. 160.
- ² Andrea Miller, “Matthieu Ricard’s Journey to Compassion”, Lion’s Roar. Buddhist Wisdom for Our Time, 27 de septiembre de 2017. Consultado en <<https://www.lionsroar.com/matthieu-ricards-journey-to-compassion>>.
- ³ Luis Rojo Moreno *et al.*, “Influencias genéticas y ambientales en rasgos psicológicos y actitudes alimentarias en una población escolar española”, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. 10, núm. 3, julio-septiembre de 2017, pp. 134-142. Iván Alejandro Caldera Zamora *et al.*, “Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 10, núm. 1, 2018, pp. 22-31.
- ⁴ James I. Hudson *et al.*, “The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, *Biological Psychiatry*, vol. 61, núm. 3, 1º de febrero de 2007, pp. 348-358.
- ⁵ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, “Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones”, 2016. Consultado en <<https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>>.
- ⁶ Inder Bugarin, “Sube cifra de obesos en México en 40 años: OMS”, *El Universal*, 11 de octubre de 2017. Consultado en <<http://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/sube-cifra-de-obesos-en-mexico-en-40-anos-oms>>.
- ⁷ Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino: informe final de resultados”, 31 de octubre de 2016, p. 9. Consultado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/EN_SANUT.pdf>.
- ⁸ *Idem.*
- ⁹ *Idem.*
- ¹⁰ Gerardo Villamil, “Televisión para los jodidos”, *Proceso*, 19 de marzo de 2013. Consultado en <<https://www.proceso.com.mx/336733/television-para-jodidos>>.
- ¹¹ Italo Calvino, *Seis propuestas para el próximo milenio*, México, Siruela, 1985, p. 18. Consultado en <<http://www.siruela.com/archivos/fragmentos/SeisPropuestas.pdf>>.
- ¹² Paul Ricoeur, “La Souffrance n’Est pas la Douleur”, *Psychiatrie Française*, núm. 142, 1992, pp. 9-18.

Mapa I

Factores de riesgo: el ambiente obesogénico

- ¹ Howard Gardner, *La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo xxi*, Barcelona, Paidós, 2001. John Mayer, Peter Salovey y David Caruso, “Emotional Intelligence: New Ability or Eclectic Traits?”, *American Psychologist*, vol. 63, núm. 6, 2008, pp. 503-517.
- ² Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, “Replantear la educación. ¿Hacia un bien común mundial?”, 2015. Consultado en <<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002326/232697s.pdf>>.
- ³ Foro Económico Mundial, “El preocupante nivel educativo en México”, 15 de septiembre de 2017. Consultado en <<https://es.weforum.org/agenda/2017/09/el-preocupante-nivel-educativo-en-mexico>>.
- ⁴ Monika M. K. Stojek *et al.*, “Associations of Adolescent Emotional and Loss of Control Eating with 1-Year Changes in Disordered Eating, Weight, and Adiposity”, *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 50, núm. 5, mayo de 2017, pp. 551-560.
- ⁵ NTX, “IMSS rebasa la meta de vamos por un millón de kilos”, *Informador.mx*, 20 de julio de 2008. Consultado en <<http://www.informador.com.mx/mexico/2008/27980/6/imss-rebasa-la-meta-de-campana-vamos-por-un-millon-de-kilos.htm>>.
- ⁶ Judith Senyacen Méndez Méndez, “Gasto en salud mental”, CIEP, 5 de abril de 2017. Consultado en <<http://ciep.mx/gasto-en-salud-mental>>. Secretaría de Salud, “Programa de acción específico: salud mental. 2013-2018”, 2 de septiembre de 2015. Consultado en <<http://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>>. Héctor Gómez Dantés *et al.*, “Dissonant Health Transition in the States of Mexico, 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, *The Lancet*, 5 de octubre de 2016. Consultado en <<https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2816%2931773-1.pdf>>.
- ⁷ Valeria Perasso, “Qué es la cuarta revolución industrial (y por qué debería preocuparnos)”, *BBC Mundo*, 12 de octubre de 2016. Consultado en <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-37631834>>.

Capítulo 1

Breve historia del hambre

- ¹ Carlos Linneo, *Systema naturae*, edición facsimilar, Nieuwkoop & B. de Graaf, 1735, p. 9. Consultado en <https://www.kth.se/polopoly_fs/1.199546!/Menu/general/column-content/attachment/Linnaeus--extracts.pdf>.
- ² Ian McDougall *et al.*, “Stratigraphic Placement and Age of Modern Humans from Kibish, Ethiopia”, *Nature*, vol. 433, núm. 7027, 2005, pp. 733-736.
- ³ Carlos Linneo, *op. cit.*, p. 8.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud, “El enfoque multisectorial de la OMS: ‘Una salud’ ”, septiembre de 2017. Consultado en <<https://www.who.int/features/qa/one-health/es>>.
- ⁵ André-Laurent Parodi y Charles Pilet, “Animaux dans la Ville et Santé Publique”, *Academia Nacional de Medicina*, 26 de febrero de 2002. Consultado en <<http://www.academie-medecine.fr/animaux-dans-la-ville-et-sante-publique>>.
- ⁶ Marie Thirion, *Pourquoi j’Ai Faim?*, París, Albin Michel, 2013, p. 12.

- ⁷ James Vernon, *El hambre. Una historia moderna*, Valencia, Publicacions de la Universitat de València, 2011.
- ⁸ Stanley Boyd Eaton, Stanley Boyd Eaton III y Melvin J. Konner, "Paleolithic Nutrition Revisited: A Twelve-Year Retrospective on Its Nature and Implications", *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 51, 1997, pp. 207-216.
- ⁹ Chip Walter, "First Artists", *National Geographic*, enero de 2015, p. 32.
- ¹⁰ BBC Mundo, "Cómo el consumo de carne cambió a los primeros humanos", 10 de marzo de 2016. Consultado en https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160310_homo_eructus_carne_consumo_herramientas_ciencia_amv.
- ¹¹ Carlos Fuentes, "Proemio", en *Arte del pueblo. Manos de Dios*, México, Landucci, 2005, p. 35.
- ¹² Emmanuel Kant, *Réflexions sur l'Éducation*, París, Gallimard, 2000.
- ¹³ Marie-Rose Moro, *Parents en Exil. Psychopathologie et Migration*, París, Presses Universitaires de France, 1995.
- ¹⁴ Derek Denton, *Les Emotions Primordiales et l'Éveil de la Conscience*, París, Flammarion, 2005.
- ¹⁵ Jean-Pierre Changeux, "Prólogo", en Derek Denton, *op. cit.*, p. 9.
- ¹⁶ Philippe Svandra, "Douleur et Souffrance, sur le pas de Paul Ricoeur", *Soins Psychiatrie*, vol. 33, núm. 282, septiembre de 2012, pp. 12-15. Consultado en <https://www.em-consulte.com/en/article/750925>.
- ¹⁷ Clotaire Rapaille, *The Culture Code*, Londres, Penguin Books, 2007.
- ¹⁸ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, "La FAO y los 17 objetivos de desarrollo sostenible", 2015. Consultado en <http://www.fao.org/3/a-i4997s.pdf>.
- ¹⁹ Nora Volkow y Charles O'Brien, "Issues for DSM-V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder?", *American Journal of Psychiatry*, vol. 164, núm. 5, mayo de 2007, pp. 708-710.
- ²⁰ Nora Volkow y Joanna S. Fowler, "Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex", *Cereb Cortex*, vol. 10, núm. 3, 2000, pp. 318-325. Consultado en <https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.318>.
- ²¹ Johannes Hebebrand *et al.*, " 'Eating Addiction', Rather Than 'Food Addiction', Better Captures Addictive-Like Eating Behavior", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 47, 2014, pp. 295-306.
- ²² Hisham Ziauddeen y Paul C. Fletcher, "Is Food Addiction a Valid and Useful Concept?", *Obesity Reviews*, vol. 14, 2013, pp. 19-28.
- ²³ Luis Rojo Moreno *et al.*, "Adicción a la restricción en trastornos alimentarios. Desarrollo del Cuestionario Valencia de Adicción a la Restricción (CVAR) y estudio caso-control", *Revista de Patología Dual*, vol. 1, núm. 1, 2014, p. 4.
- ²⁴ Roy Wise, "Addictive Drugs and Brain Stimulation Reward", *Annual Review of Neuroscience*, vol. 19, 1996, pp. 319-340.
- ²⁵ Christopher M. Olsen, "Natural Rewards, Neuroplasticity, and Non-Drug Addictions", *Neuropharmacology*, vol. 61, 2011, pp. 1109-1122.
- ²⁶ Kenneth D. Carr, "Food Scarcity, Neuroadaptations, and the Pathogenic Potential of Dieting in an Unnatural Ecology: Binge Eating and Drug Abuse", *Physiology & Behavior*, vol. 104, 2011, pp. 162-167.

- 27 Phillippe Jeammet, “Addiction-Dépendance-Adolescence, Réflexions sur leurs Liens”, en Jean-Luc Venisse, *Les Nouvelles Addictions*, París, Masson, 1991.
- 28 Aimee Zhang *et al.*, “The Self-Rating of the Effects of Alcohol Questionnaire Predicts Heavy Episodic Drinking in a High-Risk Eating Disorder Population”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 48, 2015, pp. 333-336.
- 29 Joseph LeDoux, *El cerebro emocional*, Barcelona, Ariel-Planeta, 1999.

Capítulo 2

El ambiente obesogénico

- ¹ Malcolm O. Biggs, *Noah (fl. 1651), Medical Practitioner and Social Reformer*, Oxford University Press, 2004, citado en Patricia Ruiz-Cota *et al.*, “Historia, tendencias y causas de la obesidad en México”, *Journal of Negative and No Positive Results*, vol. 4, núm. 7, 2019, pp. 737-745. Consultado en <<https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/HISTORIA/html3054>>.
- ² “You Are What You Eat”, *The Lancet Oncology*, vol. 3, núm. 9, 1º de septiembre de 2002, p. 517. Consultado en <[https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(02\)00854-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(02)00854-9/fulltext)>.
- ³ Boyd Swinburn, Garry Egger y Fezeela Raza, “Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity”, *Preventive Medicine*, vol. 29, núm. 6, 1999, pp. 563-570.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud, “Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic”, informe, Ginebra, 3-5 de junio de 1998.
- ⁵ Eloísa Colín Ramírez *et al.*, “Food Sources of Sodium Intake in an Adult Mexican Population: A Sub-Analysis of the SALMEX Study”, *Nutrients*, vol. 9, núm. 810, 2017, pp. 2-13.
- ⁶ Secretaría de Salud, “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad”, enero de 2010. Consultado en <<http://activate.gob.mx/Documentos/ACUERDO%20NACIONAL%20POR%20LA%20SALUD%20ALIMEN>>.
- ⁷ *Diario Oficial de la Federación*, “Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles”, 11 de febrero de 2010, México, primera sección, pp. 15-18.
- ⁸ *Diario Oficial de la Federación*, “Semana Nacional de la Alimentación. SEP”, México, 13 de agosto de 2012.
- ⁹ Michele Cecchini *et al.*, “Tackling of Unhealthy Diets, Physical Inactivity, and Obesity: Health Effects and Cost-Effectiveness”, *The Lancet*, vol. 376, 2010, pp. 1775-1784.
- ¹⁰ Pilar Galán *et al.*, “El logotipo nutricional NutriScore. Herramienta de salud pública de Francia para informar a los consumidores y mejorar el estado nutricional de la población”, *Diabetes Hoy*, vol. XVII, septiembre-diciembre de 2017, pp. 8-17.
- ¹¹ Organización de las Naciones Unidas, “Resoluciones aprobadas por la asamblea general durante el 65º periodo de sesiones”. Consultado en <<http://research.un.org/es/docs/ga/quick/regular/65>>.
- ¹² José Ángel Córdova Villalobos *et al.*, “Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral”, *Salud Pública de México*, vol. 5, 2008, pp. 419-427.
- ¹³ J. Armando Barriguet Meléndez *et al.*, “Estrategia nacional ‘5 pasos’. Programa de prevención de la obesidad,

- resultados por estados”, *Diabetes Hoy*, vol. LVII, enero-abril de 2017, pp. 6-12.
- 14 Ministerio Secretaría General de Gobierno, “Conoce en qué consiste el nuevo sistema ‘Elige vivir sano’ ”, 9 de mayo de 2018. Consultado en <<http://www.msgg.gob.cl/wp/index.php/2018/05/09/conoce-en-que-consiste-el-nuevo-sistema-elige-vivir-sano/>>.
 - 15 Debra Eschmeyer, “Onward”, Let’s Move Blog, 4 de enero de 2017. Consultado en <<https://letsmove.obamawhitehouse.archives.gov/>>.
 - 16 Iglesia Adventista del Séptimo Día, “Quiero vivir sano”. Consultado en <<http://adventistas.do/Portal/ACD/quiero-vivir-sano.html>>.
 - 17 Carolyn S. Dewa *et al.*, “The Relationship between Physician Burnout and Quality of Healthcare in Terms of Safety and Acceptability: A Systematic Review”, *The BMJ Open*, vol. 7, 2017, p. e015141.
 - 18 Teresa Shamah Levy *et al.* (coords.), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016”, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
 - 19 Mario Foz, “La declaración de Milán”, *Medicina Clínica (Barcelona)*, vol. 113, 1999, pp. 494-495.
 - 20 Organización Mundial de la Salud, “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”, 2004. Consultado en <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf>.
 - 21 Luis Ortiz Hernández, Guadalupe Delgado Sánchez y Ana Hernández Briones, “Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México”, *Gaceta Médica de México*, vol. 142, núm. 3, 2006, pp. 181-193.
 - 22 *Idem.*
 - 23 María Eugenia Zavala de Cosío, “La transición demográfica en México (1895-2010)”, en Cecilia Rabell, *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*, México, Fondo de Cultura Económica, 2014, pp. 80-114.
 - 24 Jean-Claude Chesnais, *La Transition Démographique, Étapes, Formes, Implications Économiques*, París, Presses Universitaires de France-Institut National d’Études Démographiques, 1986, p. 580.
 - 25 María Eugenia Zavala de Cosío, *loc. cit.*
 - 26 Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino: informe final de resultados”, 31 de octubre de 2016, p. 9. Consultado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/EN_SANUT.pdf>.
 - 27 *Idem.*
 - 28 *Idem.*
 - 29 Teresa Shamah Levy *et al.* (coords.), *loc. cit.*
 - 30 Ellyn Satter, “Division of Responsibility in Feeding”, Ellyn Satter Institute. Consultado en <<https://www.ellynsatterinstitute.org/how-to-feed/the-division-of-responsibility-in-feeding>>.
 - 31 Annie Simmons *et al.*, “Creating Community Action Plans for Obesity Prevention Using the Angelo (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework”, *Health Promotion International*, vol. 24, núm. 4, 2009, pp. 311-324.
 - 32 *Idem.*
 - 33 *Idem.*

- 34 James Wright *et al.*, “Food at Checkouts in Non-Food Stores: A Cross-Sectional Study of a Large Indoor Shopping Mall”, *Public Health Nutrition*, vol. 18, núm. 15, octubre de 2015, pp. 2786-2793.
- 35 Foro Económico Mundial, “A Partner in Shaping History. The First 40 Years. 1971-2010”, 2009. Consultado en <http://www3.weforum.org/docs/WEF_First40Years_Book_2010.pdf>.
- 36 Foro Económico Mundial, “Fourth Industrial Revolution. Global Issue”. Consultado en <<https://intelligence.weforum.org/topics/a1Gb0000001RIhBEAW?tab=publications>>.
- 37 Howard Gardner y Katy Davis, *The APP Generation: How today's Youth Navigate Identity, Intimacy, and Imagination in Digital World*, Yale University Press, 2013.
- 38 Marc Prensky, “Nativo e inmigrantes digitales”, Institución Educativa SEK. Consultado en <[https://www.marcprensky.com/writing/Prensky-NATIVOS%20E%20INMIGRANTES%20DIGITALES%20\(SEK\).pdf](https://www.marcprensky.com/writing/Prensky-NATIVOS%20E%20INMIGRANTES%20DIGITALES%20(SEK).pdf)>.
- 39 Daniel Gilbert, *Stumbling on Happiness*, Nueva York, Penguin Random House, 2006.
- 40 Héctor Llanos Martínez y Anabel Bueno Ballesteros, “15 frases célebres de Andy Warhol, una por cada minuto de fama”, *El País*, 22 de febrero de 2016. Consultado en <https://verne.elpais.com/verne/2016/02/19/articulo/1455880264_110675.html>.
- 41 William James, *Habits*, Nueva York, Kessinger, 2003, pp. 66-67.
- 42 J. L. Austin y J. E. Smith, “Thin Ideal Internalization in Mexican Girls: A Test of the Sociocultural Model of Eating Disorders”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 41, núm. 5, 23 de abril de 2008, pp. 448-457. Consultado en <<https://doi.org/10.1002/eat.20529>>.
- 43 J. Armando Barriguete *et al.*, “Legislación y salud pública en Francia”, *Salud Pública de México*, vol. 59, núm. 5, 2017, pp. 502-503.

Capítulo 3

Las conductas obesogénicas

- ¹ Gilles Lipovetsky, *El imperio de lo efímero*, Barcelona, Anagrama, 2017.
- ² Gilles Lipovetsky, *L'Ère du Vide*, París, Gallimard, 1983.
- ³ Gilda Gómez Pérez-Mitré, “Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres grupos diferentes de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes”, *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 18, núm. 3, 2001, pp. 313-324.
- ⁴ Eliana Dockterman y Kenneth Bachor, “The History of Why It's Impossible to Find Cloths that Fit”, *Time*, 2 de septiembre, 2016. Consultado en <<https://news.yahoo.com/history-why-impossible-clothes-fit-182853657.html>>.
- ⁵ Garry Egger *et al.*, “Dissecting Obesogenic Behaviors: The Development and Application of a Test Battery for Targeting Prescription for Weight Loss”, *Obesity Review*, vol. 8, núm. 6, noviembre de 2007, pp. 481-486.
- ⁶ Luis Rojo Moreno *et al.*, “Influencias genéticas y ambientales en rasgos psicológicos y actitudes alimentarias en una población escolar española”, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. 10, núm. 3, julio-septiembre de 2017, pp. 134-142.
- ⁷ Jean-Paul Sartre, *Las palabras*, Buenos Aires, Losada, 2007.

- ⁸ Lauren N. Forrest *et al.*, “Suicidality in Adolescents and Adults with Binge-Eating Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication and Adolescent Supplement”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 50, 2017, pp. 40-49.
- ⁹ J. Armando Barriguete y F. Soto, “El estudio de las interacciones precoces: función paterna, contratransferencia y *enaction* en la consulta terapéutica con los bebés”, *De Cabeza*, vol. 5, abril-junio de 1997, pp. 8-14 y 30.
- ¹⁰ J. Armando Barriguete y F. Soto, “De la capacidad de arrullo a la capacidad de consuelo. Aportaciones de la psicopatología del desarrollo a los trastornos de la alimentación”, *Cuadernos de Psicoanálisis*, vol. XXXI, núms. 3 y 4, enero-junio de 1998, pp. 240-253.
- ¹¹ Paul Garfinkel y David Garner, *Handbook on Treatments of Eating Disorders*, Nueva York, Basic Books, 1985.
- ¹² *Idem.*
- ¹³ Manuela Caslini *et al.*, “Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Psychosomatic Medicine*, vol. 78, 2016, pp. 79-90.
- ¹⁴ Linsey M. Utzinger *et al.*, “Latent Profile Analysis of Childhood Trauma in Women with Bulimia Nervosa: Associations with Borderline Personality Disorder Psychopathology”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, 2016, pp. 689-694.
- ¹⁵ Manuela Caslini *et al.*, *loc. cit.*

Capítulo 4

La conducta alimentaria en busca del equilibrio físico y mental

- ¹ Universidad de Minnesota, “Research Brief: Nearly All Adolescents Have Eating, Activity or Weight-Related Issues”, 21 de junio de 2018. Consultado en <<https://eur04.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Ftwinn-cities.umn.edu%2Fnews-events%2Fresearch-brief-nearly-all-adolescents-have-eating-activity-or-weight-related-issues&data=02%7C01%7C%7C7e43e1514a214b68e56008d5dea8fff4%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C636659739779071101&sdata=f3CfDukvMxGQEonSxc3S%2Fs2fgOKD8qpp6R12xRUNfql%3D&reserved=0>>.
- ² Dianne Neumark-Sztainer *et al.*, “Dieting and Unhealthy Weight Control Behaviors During Adolescence: Associations with 10-Year Changes in Body Mass Index”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 50, núm. 1, enero de 2012, pp. 80-86. Consultado en <[https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(11\)00176-5/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(11)00176-5/fulltext)>.
- ³ Coby Gerlsma *et al.*, “A Parental Rearing Style Questionnaire for Use with Adolescents: Psychometric Evaluation of the EMBU-A”, *Personality and Individual Differences*, vol. 12, núm. 12, diciembre de 1991, pp. 1245-1253.
- ⁴ Gordon Parker, Hilary Tupling y L. B. Brown, “A Parental Bonding Instrument (PBI)”, *British Journal of Medical Psychology*, vol. 52, marzo de 1979, pp. 1-10.
- ⁵ Gloria Cava, “Conexión entre crianza anómala y trastornos de la conducta alimentaria”, tesis doctoral, España, Universidad de Valencia, 2001.
- ⁶ *Idem.*

- ⁷ Luis Rojo Moreno *et al.*, “Disfunctional Rearing in Community and Clinic Based Populations with Eating Problems. Prevalence and Mediating Role of Psychiatric Morbidity”, *European Eating Disorders Review*, vol. 14, núm. 1, 2006, pp. 32-42.
- ⁸ Luis Beato Fernández *et al.*, “Influence of Parental Rearing Styles on Attitude Towards Change in Eating Disorders”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 7, 2016, pp. 56-63.
- ⁹ Renee Engeln, “Cognitive Responses to Idealized Media Images of Women: The Relationship of Social Comparison and Critical Processing to Body Image Disturbance in College Women”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 24, núm. 8, diciembre de 2005, pp. 1036-1060. Consultado en <<https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.2005.24.8.1114>>.
- ¹⁰ Hilde Bruch, *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, Nueva York, Basic Books, 1973.
- ¹¹ J. Armando Barriguete *et al.*, “La conducta alimentaria y el equilibrio bio-psico-socio-cultural”, *Psicología Iberoamericana*, vol. 13, núm. 2, 2005, pp. 68-73.
- ¹² J. Armando Barriguete, “Culturas distintas. Modelo inter-cultural para la observación de conductas, prevención y tratamiento de los trastornos de la alimentación”, en Luis Rojo (ed.), *Anorexia nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*, Madrid, Ariel, 2003, pp. 243-256.
- ¹³ María Angélica Nunes *et al.*, “Eating Disorders Symptoms in Pregnancy and Postpartum: A Prospective Study in a Disadvantaged Population in Brazil”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 47, núm. 4, diciembre de 2013, pp. 426-430. Martín Maldonado Durán y J. Armando Barriguete, “Evaluation and Treatment of Eating and Feeding Disturbances in Infancy”, en Martín Maldonado Durán (ed.), *Models of Clinical Intervention in Infancy and Early Childhood*, Washington, American Psychiatric Press, 2002, pp. 309-344. José Luis Salinas *et al.*, “Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar”, *Revista de Investigación Clínica*, vol. 44, núm. 2, abril-junio de 1992, México, pp. 169-186.
- ¹⁴ Marià Alemany, “Mecanismos de control de peso corporal. Implicaciones en la anorexia nervosa”, en Luis Rojo (ed.), *Anorexia nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*, pp. 69-86.
- ¹⁵ José Toro, “Actividad deportiva y anorexia nervosa”, en Luis Rojo (ed.), *Anorexia nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*, pp. 281-288.
- ¹⁶ Daniel N. Stern, *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, Nueva York, Basic Books, 1995.
- ¹⁷ Stephanie Zerwas *et al.*, “The Incidence of Eating Disorders in a Danish Nationwide Register Study Associations with Suicide Risk and Mortality”, *Journal Psychiatry Research*, vol. 65, marzo, 2015, pp. 16-22.
- ¹⁸ David Garner y Paul Garfinkel, “Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa”, *Psychological Medicine*, vol. 10, 1980, pp. 647-656.
- ¹⁹ Jean-Michel Borys *et al.*, “EPODE—A Model for Reducing the Incidence of Obesity and Weight-related Comorbidities”, *US Endocrinology*, vol. 9, núm. 1, Agosto de 2013.
- ²⁰ Michael King, “The Epidemiology of Eating Disorders”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Cambridge University Press, abril, 1998, vol. 7, núm. 1, pp. 32-41. Consultado en <<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/epidemiology-of-eating-disorders/B4B5C63377F2E794BBD3DDD7F22E7873>>.
- ²¹ James I. Hudson *et al.*, “The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, *Biological Psychiatry*, vol. 61, núm. 3, febrero de 2007, pp. 348-358.

- 22 Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006”, México, 2006. Consultado en <<https://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>>. J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2012”, *Revista Salud Pública de México*, 2019, en prensa.
- 23 George C. Patton *et al.*, “Nuestro futuro: una comisión de *The Lancet* sobre la salud y el bienestar adolescente”, *The Lancet*, 9 de mayo de 2016, Universidad de Melbourne/*The Lancet*/Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres/Universidad de Columbia/UCL. Consultado en <https://thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/commissions/adolescent-health-2016/AH_execsumm_spanish.pdf>.
- 24 Katherine Halmi *et al.*, “Unique Features Associated with Age of Onset Anorexia Nervosa, Presentation and Duration of Illness”, *Psychiatry Research*, vol. 1, núm. 2, octubre de 1979, pp. 209-215.
- 25 Alexander R. Lucas *et al.*, “Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: A Population-Based Study”, *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 63, núm. 5, mayo de 1988, pp. 433-442.
- 26 Charles Hindler *et al.*, “Anorexia Nervosa: Change Over Time in Age of Onset, Presentation and Duration of Illness”, *Psychological Medicine*, vol. 24, núm. 3, agosto de 1994, pp. 719-729.
- 27 Dana Turnbull *et al.*, “The Demand for Eating Disorder Care. An Epidemiological Study Using the General Practice Research Database”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 169, núm. 6, diciembre de 1996, pp. 705-712.
- 28 Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006”.
- 29 Maisie C. E. Gard y Chris P. Freeman, “The Dismantling of a Myth: A Review of Eating Disorders and Socioeconomic Status”, *International Journal of Eating Disorders*, julio, 1996. Consultado en <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291098-108X%28199607%2920:1%3C1::AID-EAT1%3E3.0.CO;2-M>>.
- 30 *Idem.*
- 31 Kenneth S. Kendler *et al.*, “The Genetic Epidemiology of Bulimia Nervosa”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, núm. 12, diciembre de 1991, pp. 1627-1637. Lisa McClelland y Arthur Crisp, “Anorexia Nervosa and social class”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 29, núm. 2, 2001, pp. 150-156.
- 32 George C. Patton *et al.*, “Onset of Adolescent Eating Disorders: Population Based Cohort Study Over 3 Years”, *The British Medical Journal*, vol. 318, 20 de marzo de 1999, pp. 765-768.
- 33 J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Prevalence of Abnormal Eating Behaviors in Adolescents: Results of a Population-Based Nationwide Survey (Mexican Health and Nutrition Survey 2006)”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 4, 2009, pp. s638-s644.
- 34 Marie-Rose Moro, *Parents en Exil. Psychopathologie et Migration*, París, Presses Universitaires de France, 1995, p. 24.
- 35 Kenneth S. Kendler *et al.*, *loc. cit.*
- 36 Paul Garfinkel *et al.*, “Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, núm. 7, julio de 1995, pp. 1052-1058.
- 37 Ronald Seifer y Susan Dickstein, “Parental Mental Illness and Infant Development”, en Charles H. Zeanah, *Handbook of Infant Mental Health*, Nueva York, Guilford Press, 1993, pp. 120-142.
- 38 Mette Brinch, Torben Isager y Kai Tolstrup, “Incidence de l’Anorexie Mentale Sur la Maternité et le Maternage”, en E. J. Anthony y C. Chiland (eds.), *L’Enfant dans sa Famille: Le Développement en Péril*,

París, Presses Universitaires de France, pp. 185-196.

- 39 Cynthia M. Bulik *et al.*, “Twin Studies of Eating Disorders: A Review”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 27, núm. 1, 8 de diciembre de 1999. Consultado en <[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200001\)27:1%3C1::AID-EAT1%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1%3C1::AID-EAT1%3E3.0.CO;2-Q)>.
- 40 *Idem.*
- 41 *Idem.*
- 42 Ulrike Schmidt y Janet Treasure, *Clinician's Guide to Getting Better Bit(E) by Bit(E). A surviving kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders*, Nueva York, Routledge, 1997, pp. 12-13.
- 43 *Idem.*
- 44 J. Vanderlinden *et al.*, “Relación entre las experiencias traumáticas y los Trastornos de Conducta Alimentaria: estado actual”, en Luis Rojo y Gloria Cava (eds.), *Anorexia nerviosa*, Barcelona, Ariel, 2003, pp. 167-190.
- 45 Ulrike Schmidt y Janet Treasure, *loc. cit.*
- 46 *Idem.*
- 47 J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Prevalencia de alexitimia en los trastornos de la conducta alimentaria, en una muestra clínica, de 800 pacientes mexicanas”, *Cirugía y Cirujanos*, 2018, vol. 86, núm. 1, pp. 43-49.
- 48 Margaret Marchi y Patricia Cohen, “Early Childhood Eating Behaviors and Adolescent Eating Disorders”, *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, núm. 1, enero de 1990, pp. 112-117.
- 49 Corinna Jacobi, “Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders”, en Woonderlich (ed.), *Eating Disorders Review*, Reino Unido, Radcliffe, 2005, pp. 78-80.
- 50 Peter Lewinsohn, Ruth Striegel-Moore y John Seeley, “Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women from Adolescence to Young Adulthood”, *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 39, núm. 10, octubre de 2000, pp. 1284-1292.
- 51 Alexander R. Lucas *et al.*, “Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: A Population-Based Study”, *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 63, núm. 5, mayo de 1988, pp. 433-442.
- 52 J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2012”, *loc. cit.*
- 53 Jill Welbourne y Joan Purgold, *The Eating Sickness: Anorexia, Bulimia, and the Myth of Suicide by Slimming*, Sussex, Harvester Press, 1994. Bryan Lask y Rachel Bryant-Waugh, *Childhood Onset of Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*, Reino Unido, Lawrence Erlbaum Associates Ltd., 1993.
- 54 PREVI Unidad de Trastornos de la Personalidad, “Anorexia nerviosa”. Consultado en <<https://www.previsl.com/ver/119/anorexia-nerviosa.html>>.
- 55 AED, “Trastornos de la conducta alimentaria. Guía de Cuidados Médicos”, reporte, 2016. Consultado en <https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/05656ea0-59c9-4dd4-b832-07a3fea58f4c/UploadedImages/AED_Medical_Care_Guidelines_SPANISH_04_09_18.pdf>.
- 56 J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Prevalence of Abnormal Eating Behaviors in Adolescents: Results of a Population-Based Nationwide Survey (Mexican Health and Nutrition Survey 2006)”, *loc. cit.*
- 57 *Idem.*

- 58 Teresa Shamah Levy y Oswaldo Palma Coca, "Encuesta de salud en estudiantes de escuelas públicas en México. Resumen ejecutivo", Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, México, 30 de junio de 2008, 33 pp. Consultado en <http://www.cdi.salud.gob.mx:8080/BasesCDI/Archivos/Escuelaysalud/ENSE_Resumen_Ejecutivo_2008.pdf>
- 59 J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, "Prevalence of Abnormal Eating Behaviors in Adolescents: Results of A Population-Based Nationwide Survey", *loc. cit.*
- 60 *Idem.*
- 61 *Idem.*
- 62 Albert Stunkard, "Eating patterns and obesity", *Psychiatric Quarterly*, vol. 33, núm. 2, junio de 1959, pp. 284-295.
- 63 Kimberly A. Brownley *et al.*, "Binge Eating Disorder Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials", *International Journal of Eating Disorder*, vol. 40, núm. 4, mayo de 2007, pp. 337-348.
- 64 Joan Brumberg, *The Body Project: An Intimate History of American Girls*, Nueva York, Random House, 1997.
- 65 Ellen E. Fritzsimmmons-Craft *et al.*, "Restrictive Eating in Anorexia Nervosa: Examining Maintenance and Consequences in the Natural Environment", *International Journal of Eating Disorders*, vol. 48, núm. 7, noviembre de 2015, pp. 923-931.
- 66 Organización Panamericana de la Salud, "Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud". Consultado en <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660&Itemid=41733&lang=es>.
- 67 Organización Mundial de la Salud, "65 Asamblea Mundial de la Salud", 21-26 de mayo de 2012, Ginebra. Consultado en <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf>.
- 68 James O. Prochaska *et al.*, "The Transtheoretical Model and Human Immunodeficiency Virus Prevention: A Review", *Health Education Quarterly*, vol. 21, 1994, pp. 471-486.
- 69 Luis Beato Fernández y Teresa Rodríguez Cano, "El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas", *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 31, núm. 3, 2003, pp. 111-119.
- 70 Christopher Murray *et al.*, "Disability-Adjusted Life Years (DALYs) for 291 Diseases and Injuries in 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, vol. 380, núm. 9859, 15 de diciembre de 2012, pp. 2197-2223.
- 71 Rafael Lozano *et al.*, "La Carga de Enfermedad, Lesiones, Factores de Riesgo y Desafíos para el Sistema de Salud En México", *Salud Pública de México*, vol. 5, 2013, pp. 580-594.
- 72 Maurice Moyses Ohayon y Alan F. Schatzberg, "Using Chronic Pain to Predict Depressive Morbidity in the General Population", *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, núm. 1, enero de 2003, pp. 39-47.
- 73 *Idem.*
- 74 Phillip S. Wang *et al.*, "Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders in 17 Countries in The WHO World Mental Health Surveys", *The Lancet*, vol. 370, núm. 9590, 8 de septiembre de 2007, pp. 841-50.
- 75 Guilherme Borges *et al.*, "Treatment and Adequacy of Treatment for Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey", *American Journal of Psychology*, vol. 163, núm. 8, 2006, pp.

1371-1378.

- ⁷⁶ Shoshana Berenzon *et al.*, “Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? Investigación original”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 33, núm. 4, 2013, pp. 252-258.
- ⁷⁷ *Idem.*
- ⁷⁸ Jorge Javier Caraveo-Anduaga, Eduardo Colmenares y Nora Angélica Martínez, “Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México”, *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 6, noviembre de 2002, pp. 492-498.
- ⁷⁹ María Elena Medina-Mora (ed.), *La depresión y los trastornos psiquiátricos*, México, Academia Nacional de Medicina, 2015.
- ⁸⁰ J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolo clínico”, Secretaría de Salud, México. Consultado en <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Protocolo_Clinico_TCA.pdf>.
- ⁸¹ David Garner, Marion P. Olmsted y Janet Polivy, “Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 2, núm. 2, primavera, 1983, pp. 15-34.
- ⁸² Georgina Álvarez *et al.*, “Evaluación de las propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas”, *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 19, núm. 1, 2002, pp. 47-56.
- ⁸³ Marcia C. Smith y Mark H. Thelen, “Development and Validation of a Test for Bulimia”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 52, núm. 5, octubre de 1984, pp. 863-872.
- ⁸⁴ Jorge Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 8, 2017, pp. 123-130.
- ⁸⁵ Rosalía Vázquez, Georgina Álvarez y Juan Manuel Mancilla-Díaz, “Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales. Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana”, *Salud Mental*, vol. 23, núm. 6, 2000, pp. 18-24.
- ⁸⁶ Luis Beato Fernández *et al.*, “Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents: A Spanish Community-Based Longitudinal Study”, *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 13, núm. 5, octubre de 2004, pp. 287-294.
- ⁸⁷ T. Suzuki, “Image Parentale des Troubles de la Conduite Alimentaire: Par l’Instrument de Liaison Parentale”, *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, vol. 48, 1994, pp. 755-771. Luis Rojo y Gloria Cava (eds.), *loc. cit.*
- ⁸⁸ G. J. Taylor, “The Alexithymia Construct: Conceptualization, Validation, and Relationship with Basic Dimensions of Personality”, *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, vol. 10, núm. 2, 1994, pp. 61-74. J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Prevalencia de alexitimia en los trastornos de la conducta alimentaria, en una muestra clínica, de 800 pacientes mexicanas”, *loc. cit.*

Mapa II Los cinco factores de protección principales

- ¹ Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006”, México, 2006. Consultado en <https://ensanut.insp.mx/informes/ensa_nut2006.pdf>.

- ² José Ángel Córdova Villalobos *et al.*, “Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral”, *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 5, 2008, pp. 419-427.
- ³ “Avance de 25% en colocación de bebederos en escuelas: SEP”, *Excelsior*, 15 de junio de 2017. Consultado en <<https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/06/15/1169896>>.
- ⁴ Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino: Informe final de resultados”, 31 de octubre de 2016. Consultado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSA_NUT.pdf>.
- ⁵ Julio Frenk *et al.*, *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- ⁶ Fernando Álvarez del Río, Cristina Gutiérrez Delgado y Verónica Guajardo Barrón, “Costo de la obesidad: las fallas del mercado y las políticas públicas de prevención y control de la obesidad”, en Juan Rivera Dommarco *et al.* (eds.), *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012, pp. 279-288.
- ⁷ Mzepeda, “En 80 años se duplicó la esperanza de vida en México: Inegi”, *Animal Político*, 31 de octubre de 2011. Consultado en <<https://www.animalpolitico.com/2011/10/en-80-anos-se-duplico-la-esperanza-de-vida-en-mexico-inegi>>.
- ⁸ “Esperanza de vida en México es de 75.3 años: Inegi”, *Notus Noticias*, 30 de octubre de 2017. Consultado en <<https://notus.com.mx/esperanza-vida-mexico-75-3-anos-inegi>>.

Capítulo 5

Una vida sin violencia ni adicciones

- ¹ J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Problemas psicosociales en México. La obesidad el sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria. e-Sistema de Información de Salud ‘NutriNet Salud México, Francia, Colombia’”, en *Declaratorias de académicos 2017*, Academia Mexicana de Cirugía, México, 2018, pp. 79-93.
- ² Edgar Morin, *Seven Complex Lessons in Education for the Future*, Francia, UNESCO, 1999.
- ³ Cámara de Diputados, “Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia”, México, 13 de abril de 2018. Consultado en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf>.
- ⁴ Corina Benjet, Guilherme Borges y María Elena Medina-Mora, “Chronic Childhood Adversity and Onset of Psychopathology During Three Life Stages: Childhood, Adolescence and Adulthood”, *Journal of Psychiatric Research*, vol. 44, núm. 11, agosto de 2010, pp. 732-740.
- ⁵ Cámara de Diputados, *op. cit.*, p. 6.
- ⁶ *Idem.*
- ⁷ ONU Mujeres, “Hechos y cifras: acabar con la violencia contra mujeres y niñas”, noviembre de 2018. Consultado en <<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>>. Federico Cué Barbere na, “Una de cada tres mujeres es víctima de violencia en el mundo”, *France24*, 25 de noviembre de 2011. Consultado en <<https://www.france24.com/es/20171125-violencia-mujer-onu>>.
- ⁸ Bernardo Kliksberg, “IX. Mujeres, el mayor grupo discriminado de todo el planeta”, *Página 12*, ¿Cómo enfrentar la pobreza y la desigualdad?, suplemento especial, 27 de noviembre de 2011. Consultado en <https://www.pagina12.com.ar/especiales/archivo/bernardo_kliksberg/009-KLIKSBERG.pdf>.

- ⁹ “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016”, 18 de agosto de 2017. Consultado en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf>.
- ¹⁰ Paul Ricoeur, “La Souffrance n’Est pas la Douleur”, *Psychiatrie Française*, núm. 142, 1992, pp. 9-18.
- ¹¹ *Idem*.
- ¹² George C. Patton *et al*, “Nuestro futuro: una comisión de *The Lancet* sobre la salud y el bienestar adolescente”, *The Lancet*, 9 de mayo de 2016, Universidad de Melbourne/*The Lancet* -Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres/Universidad de Columbia/UCL. Consultado en <https://thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/commissions/adolescent-health-2016/AH_execsumm_spanish.pdf>.
- ¹³ Rosa Cobo, “Género”, en Celia Amorós, *10 palabras clave sobre mujer*, España, Verbo Divino, 1995.
- ¹⁴ Roberto Castro Pérez, “Encuesta sobre la dinámica de las relaciones en el noviazgo entre las estudiantes de bachillerato y preparatoria de una escuela privada 2006”, México, Instituto Nacional de las Mujeres, noviembre, 2007. Consultado en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100906.pdf>.
- ¹⁵ Instituto Politécnico Nacional, “Violentómetro”. Consultado en <<https://www.ipn.mx/genero/materialesdeapoyo/violentometro.html>>.
- ¹⁶ “Los opiáceos son ya la epidemia más letal en Estados Unidos”, *ABC Sociedad*, Madrid, 17 de agosto de 2018. Consultado en <https://www.abc.es/sociedad/abci-opiaceos-epidemia-mas-letal-estados-unidos-201808162028_noticia.html>.
- ¹⁷ Debra Franko *et al.*, “How do Eating Disorders and Alcohol Use Disorder Influence Each Other?”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 38, núm. 3, 2005, pp. 200-207.
- ¹⁸ Hans Christoph Steinhausen, “A Nationwide Study of the Family Aggregation and Risk Factors in Anorexia Nervosa over Three Generations”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 48, 2015, pp. 1-8.
- ¹⁹ Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, “Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción”. Consultado en <<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>>.
- ²⁰ Asociación Americana de Psiquiatría, “Suplemento del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales”, quinta edición, octubre de 2017. Consultado en <https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2017_es.pdf>.
- ²¹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz/Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional contra las Adicciones/Secretaría de Salud, “Encodat, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas”, México, 2017. Consultado en <https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_drogas_2016_2017.pdf>.
- ²² *Idem*.
- ²³ Jorge Ameth Villatoro Velázquez *et al.*, “El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema”, *Salud Mental*, vol. 39, núm. 4, 2016, pp. 193-203.
- ²⁴ Al-Anon y Alateen, “Reuniones de Al-Anon”. Consultado en <<https://www.alanon.mx/que-alateen.php>>.
- ²⁵ Comisión Nacional contra las Adicciones, <<https://www.gob.mx/salud/condadic>>.

- ²⁶ Alcohólicos Anónimos México, <<http://aamexico.org.mx>>.
- ²⁷ Kathleen Ly *et al.*, “The Increasing Burden of Mortality from Viral Hepatitis in The United States Between 1999 and 2007”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 156, núm. 4, 2012, pp. 271-278.
- ²⁸ Desiree Ruiz-Aranda *et al.*, “Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes”, *Ansiedad y Estrés*, vol. 14, núms. 2-3, 2006, pp. 223-230.
- ²⁹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz/Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional contra las Adicciones/Secretaría de Salud, “Consumo de alcohol: prevalencias globales, patrones de consumo y variaciones estatales”, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, p. 1. Consultado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/246052/hojasresumen_Alcohol-V3.pdf>.
- ³⁰ Rodrigo Arias Duque, “Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo”, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 1, núm. 2, julio-diciembre de 2005, pp. 138-147. Consultado en <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910203>>.
- ³¹ Jaime Poniachik *et al.*, “Obesidad: factor de riesgo para esteatohepatitis y fibrosis hepática”, *Revista Médica de Chile*, vol. 130, julio de 2002, pp. 731-736.
- ³² Organización Panamericana de la Salud, “México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial en muertes por accidentes de tránsito”. Consultado en <https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=552:mexico-ocupa-septimo-lugar-nivel-mundial-muertes-accidentes-transito-ops&Itemid=0>.
- ³³ Carlos Andrés Gómez *et al.*, “Obesidad, depresión, alcoholismo, estrés laboral y nivel de actividad física en una población laboral en el área de la salud de la ciudad de Medellín en el año 2009”, Medellín, Facultad de Medicina, Universidad CES, 2009.
- ³⁴ Ángela Ibáñez Cuadrado, “Genética de las adicciones”, *Adicciones*, vol. 20, núm. 2, 2008, pp. 103-109. Consultado en <<http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122057001.pdf>>.
- ³⁵ Asociación Española contra el Cáncer, “Fumador pasivo”. Consultado en <<https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes/riesgos-asociados/fumador-pasivo>>.
- ³⁶ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz/Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional contra las Adicciones/Secretaría de Salud, “Consumo de alcohol: prevalencias globales, patrones de consumo y variaciones estatales”, *loc. cit.*
- ³⁷ Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, “Adicción al tabaco”. Consultado en <<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/es-adictiva-la-nicotina>>.
- ³⁸ Krysten Bold *et al.*, “Trajectories of E-Cigarette and Conventional Cigarette Use Among Youth”, *Pediatrics*, vol. 141, núm. 1, enero de 2018, pp. e20171832.
- ³⁹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz/Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional contra las Adicciones/Secretaría de Salud, “Encodot, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas”, *loc. cit.*
- ⁴⁰ Deborah S. Hasin *et al.*, “Prevalence of Marijuana Use Disorders in the United States between 2001-2002 and 2012-2013”, *JAMA Psychiatry*, vol. 72, núm. 12, diciembre de 2015, pp. 1235-1242.
- ⁴¹ Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, “La Marihuana”. Consultado en <<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>>.
- ⁴² Andrea P. Mann *et al.*, “Factors Associated with Substance Use in Adolescents with Eating Disorders”,

Journal Adolescents Health, vol. 55, núm. 2, agosto de 2014, pp. 182-187.

- 43 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, “Longitudinal Study of Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD Study)”. Consultado en <<https://www.drugabuse.gov/related-topics/adolescent-brain/longitudinal-study-adolescent-brain-cognitive-development-abcd-study>>.
- 44 Terry L. Jernigan y Sandra A. Brown, “The Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Consortium: Rationale, Aim, and Assessment Strategy”, *Developmental Cognitive Neuroscience*, vol. 32, agosto de 2018, pp. 1-3.
- 45 Madeline H. Meier *et al.*, “Persistent Cannabis Users Show Neuropsychological Decline from Childhood to Midlife”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2 de octubre de 2012, vol. 109, núm. 40, pp. e2657-e2664.
- 46 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, “La cocaína”, julio de 2018. Consultado en <<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>>.
- 47 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz/Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional contra las Adicciones/Secretaría de Salud, “Encodat, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas”, *loc. cit.*
- 48 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, “La heroína”, julio de 2018. Consultado en <<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-heroína>>.
- 49 *Idem.*
- 50 *Idem.*
- 51 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, “Informe sobre desarrollo humano 2016. Desarrollo humano para todas las personas”. Consultado en <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/HDR2016/HDR_2016_report_spanish_web.pdf>.
- 52 Habilidades para la vida, “Las 10 habilidades”. Consultado en <<https://habilidadesparalavida.net/habilidades.php>>.
- 53 Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, “La OPS/OMS insta a transformar la educación en enfermería en las Américas”, consultado en <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12003%3A%2Fpaho%2Fwho%2Furges-transformation-of-nursing-education-in-the-americas&Itemid=135&lang=es>. Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, “Centro Colaborador de la Organización Mundial de la salud (OMS) para la Capacitación e Investigación en promoción de la Salud y Educación para la Salud”, consultado en <<http://sp.rcm.upr.edu/investigacion/centro-colaborador-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-para-la-capacitacion-e-investigacion-en-promocion-de-la-salud-y-educacion-para-la-salud>>.
- 54 Alex Gray, “The 10 Skills You Need to Thrive in the Fourth Industrial Revolution”, Foro Económico Mundial, 19 de enero de 2016. Consultado en <<https://www.weforum.org/agenda/2016/01/the-10-skills-you-need-to-thrive-in-the-fourth-industrial-revolution>>.
- 55 Peter Drucker, *The Effective Executive: The Definitive Guide to Getting the Right Things Done*, Nueva York, Harper Collins, 1966.
- 56 Organización Mundial de la Salud, “Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (WHA53.17)”, 20 de mayo de 2000. Consultado en <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/17.pdf>.
- 57 Colin D. Mathers *et al.*, “Global Burden of Disease 2000: Version 2: Methods and Results”, Organización

- Mundial de la Salud, octubre de 2002. Consultado en <<https://www.who.int/healthinfo/paper50.pdf>>.
- 58 Organización Mundial de la Salud, “The World Health Report 2002—Reducing Risk, Promoting Healthy Life”. Consultado en <<https://www.who.int/whr/2002/en/>>.
 - 59 Eduardo Sabaté y Organización Mundial de la Salud-División de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, “Adherence to Long-Term Therapies: Policy for Action. Meeting Report, 4-5 June, 2001”, 2001. Consultado en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/66984>>.
 - 60 *Idem*.
 - 61 Foro Mundial para la Investigación del Cáncer/Instituto Americano para la Investigación del Cáncer, “Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective”. Consultado en <<https://www.wcrf.org/sites/default/files/english.pdf>>.
 - 62 T. Alafia Smauels y Nigel Unwin, “The 2007 Caribbean Community Port-of-Spain Declaration on Noncommunicable Diseases: An Overview of a Multidisciplinary Evaluation”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 42, 2018. Consultado en <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49692/v42e1932018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
 - 63 Organización de las Naciones Unidas, “World Diabetes Day. 14 November”. Consultado en <<https://www.un.org/en/events/diabetesday/>>.
 - 64 Organización Mundial de la Salud, “WHO’s Role and Responsibilities in Health Research: Draft WHO Strategy on Research for Health”, 25 de marzo de 2010. Consultado en <http://www.wpro.who.int/health_research/policy_documents/draft_who_strategy_on_research_for_health.pdf>.
 - 65 Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud/Gobierno de México, “Consulta regional de alto nivel de las Américas contra las ECNT y la obesidad. Informe. Documento para la discusión”. Consultado en <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Reporte-Mexico-Esp.pdf>>.
 - 66 Naciones Unidas México, “Objetivos de desarrollo del milenio”. Consultado en <<http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>>.
 - 67 *Idem*.
 - 68 Oficina de la Presidencia de la República, “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances”, México, 2015, p. 28. Consultado en <<https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/pdf/InfMex2015.pdf>>.
 - 69 *Sinembargo*, “Como va, México tendrá hasta 2035 primaria universal; en 2060, secundaria, y en 2100, prepa: UNESCO”, *Vanguardia*, 27 de septiembre de 2016. Consultado en <<https://vanguardia.com.mx/articulo/como-va-mexico-tendra-hasta-2035-primaria-universal-en-2060-secundaria-y-en-2100-prepa>>.
 - 70 ONU Mujeres, “El progreso hacia los ODM para las mujeres y las niñas”. Consultado en <<http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/mdg-momentum>>.
 - 71 Matthieu Ricard, *En defensa de la felicidad*, Barcelona, Urano, 2011.
 - 72 Organización de las Naciones Unidas/The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, “Millennium Development Goals”, septiembre de 2011. Consultado en <https://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/about_mdgs/en>.
 - 73 Organización Mundial de la Salud, “MDG 5: Improve Maternal Health”, mayo, 2015. Consultado en <https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en>.

- 74 Organización Mundial de la Salud, “MDG 6: Combat HIV/AIDS, Malaria and Other Diseases”, diciembre de 2014. Consultado en <https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/en>.
- 75 Organización de las Naciones Unidas México, “Objetivos de desarrollo sostenible”. Consultado en <<http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/>>.
- 76 Organización de las Naciones Unidas, “Goal 7: Ensure Environmental Sustainability”. Consultado en <<https://www.un.org/millenniumgoals/envIRON.shtml>>.
- 77 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, “Protocolo de Montreal”. Consultado en <<https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development/environment-and-natural-capital/montreal-protocol.html>>.
- 78 *Infobae*, “Biodiversidad: se podría reducir en un 33% para el 2020”, 24 de octubre de 2016. Consultado en <<https://www.infobae.com/espacio-no-editorial/2016/10/24/biodiversidad-se-podria-reducir-en-un-33-para-el-2020>>.
- 79 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, “Objetivos de Desarrollo del Milenio 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo”. Consultado en <<http://www.fao.org/sustainable-development-goals/mdg/goal-8/es/>>.
- 80 Organización de las Naciones Unidas México, “Objetivos de desarrollo sostenible”. Consultado en <<http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/>>.
- 81 *Idem*.
- 82 *Idem*.
- 83 Organización de las Naciones Unidas México, “Objetivos de desarrollo del milenio”, *loc. cit.*

Capítulo 6

Red social vital: prioridades para la vida

- 1 Academia Francesa, “Les Grandes Dates”. Consultado en <<http://www.academie-francaise.fr/linstitution-lhistoire/les-grandes-dates>>.
- 2 Amin Maalouf, “Un Fauteuil sur la Seine. Quatre Siècles de l’Histoire de France”, París, Grasset, 2016, p. 18.
- 3 Academia Francesa, “Les Femmes à l’Académie: 9 Membres”. Consultado en <http://www.academie-francaise.fr/les-immortels/les-quarante-aujourd'hui?genre=2&trier_par=election_asc>.
- 4 *Idem*.
- 5 Véronique Laroche-Signorile, “1980: L’Académie Française et le Cas Yourcenar”, *Le Figaro*. Consultado en <<https://www.lefigaro.fr/histoire/archives/2015/03/05/26010-20150305ARTFIG00363-1980-l-academie-francaise-et-le-cas-yourcenar.php>>.
- 6 *Idem*.
- 7 *Idem*.
- 8 Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, París, Gallimard, 1949.
- 9 Michelle Perrot, “Georges Duby et l’Imaginaire-Écran de la Féminité”, *Clio*. Consultado en

<<http://clio.revues.org/312>>.

- 10 Academia Francesa, “Discours de Réception de Georges Duby”, 28 de enero de 1988. Consultado en <<http://www.academie-francaise.fr/discours-de-reception-de-georges-duby>>.
- 11 Hélène Carrère d’Encausse, “Des Femmes à l’Académie Française? Séance Publique Annuelle”, 6 de diciembre de 2012. Consultado en <<http://www.academie-francaise.fr/des-femmes-lacademie-francaise-seance-publique-annuelle>>.
- 12 Marguerite Yourcenar, “Discours de Réception de Marguerite Yourcenar”, Academia Francesa, 22 de enero de 1981. Consultado en <<http://www.academie-francaise.fr/discours-de-reception-de-marguerite-yourcenar>>.
- 13 Jean-Denis Bredin, “Discours de Réception de Jean-Denis Bredin”, Academia Francesa, 17 de mayo de 1990. Consultado en <<http://www.academie-francaise.fr/discours-de-reception-de-jean-denis-bredin>>.
- 14 Marguerite Yourcenar, *Memoirs of Hadrian*, Nueva York, Farrar, Straus and Giroux, 1954, p. 21.
- 15 Dan Buettner y Sam Skemp, “Blue Zones: Lessons from the World’s Longest Lived”, *American Journal of Lifestyle Medicine*, vol. 10, núm. 5, 7 de julio de 2016, pp. 318-321. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30202288>>.
- 16 Anne Maria Herskind *et al.*, “The Heritability of Human Longevity: A Population-Based Study of 2,872 Danish Twin Pairs Born 1870-1900”, *Human Genetics*, vol. 97, 1996, pp. 319-323. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8786073>>.
- 17 Dan Buettner, “The Secrets of Living Longer”, *National Geographic*, noviembre de 2005, pp. 2-27.
- 18 Dan Buettner y Sam Skemp, “Blue Zones: Lessons from the World’s Longest Lived”, *loc. cit.*
- 19 Dan Buettner, “The Secrets of Living Longer”, *loc. cit.*
- 20 Michel Poulain *et al.*, “Identification of a Geographic Area Characterized by Extreme Longevity in The Sardinia Island: The AKEA study”, *Experimental Gerontology*, vol. 39, núm. 9, 2004, pp. 1423-1429. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15489066>>.
- 21 Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal, <<https://www.jap.org.mx/portal/index.php?lang=es>>.
- 22 Jesús Díaz Gutiérrez Miguel Ruiz Canel *et al.*, “Relación entre un índice de estilo de vida saludable y el riesgo de enfermedad cardiovascular en la cohorte SUN”, *Revista Española de Cardiología*, vol. 71, núm. 12, 2018, pp. 1001-1009. Consultado en <<https://www.revespcardiol.org/es-relacion-entre-un-indice-estilo-articulo-S0300893217305948>>.
- 23 *Idem.*
- 24 Roberto Esparza Viedma, *Empleología. La ciencia del empleo*, México, IQubadora, 2012.
- 25 Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Comisión Nacional Bancaria y de Valores, “ENIF 2015. Encuesta Nacional de Inclusión Financiera. México. Libro de tabulados”, p. 23. Consultado en <<https://www.cnbv.gob.mx/Inclusión/Documents/Encuesta%20Nacional%20de%20IF/ENIF%202015.pdf>>.
- 26 *Ibidem*, pp. 28-36.
- 27 *Ibidem*, p. 27.
- 28 *Ibidem*, p. 39.
- 29 *Ibidem*, p. 41.

³⁰ *Ibidem*, p. 38.

³¹ *Ibidem*, p. 31.

Capítulo 7

Actividad integral

- ¹ Organización Mundial de la Salud, “Actividad física”. Consultado en <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>>.
- ² Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012”, México, pp. 193-194. Consultado en <<https://ensanut.insp.mx/infor mes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>>.
- ³ Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino: informe final de resultados”, 31 de octubre de 2016, p. 9. Consultado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/EN_SANUT.pdf>.
- ⁴ Maureen Dobbins *et al.*, “School-Based Activity Programs for Promoting Physical Activity and Fitness in Children and Adolescents Aged 6-18”, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, núm. 1, 21 de enero de 2009. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160341>>.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud, “Health and Development Through Physical Activity and Sport”, Ginebra, 2003. Consultado en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67796>>.
- ⁶ Collin Fuller *et al.*, “ ‘Football for Health’—A Football-Based Health Promotion Programme for Children in South Africa: A Parallel Cohort Study”, *British Journal of Sports Medicine*, vol. 44, núm. 8, junio de 2010, pp. 546-55. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20547667>>.
- ⁷ Collin Fuller *et al.*, “ ‘11 for Health’ , A Football-Based Health Education Programme for Children: A Two-Cohort Study in Mauritius and Zimbabwe”, *British Journal of Sports Medicine*, vol. 45, núm. 8, junio de 2011, pp. 612-618, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21504962>>. Jiri Dvorak, Collin Fuller y Astrid Junge, “Planning and Implementing a Nationwide Football-Based Health-Education Programme”, *British Journal of Sports Medicine*, vol. 46, núm. 1, 2012, pp. 6-10, consultado en <<https://bjsm.bmj.com/content/46/1/6>>.
- ⁸ J. Armando Barriguete Melendez *et al.*, “FIFA 11 for Health Mexico: A School-based Intervention of Obesity and Non-communicable Diseases”, *British Journal of Sports Medicine*, vol. 48, núm. 12, junio de 2014, pp. 940-941.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud, “Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud”, 2010, 58 pp. Consultado en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf;jsessionid=67D6B557197F028AFC58BBC1F3988sequence=1>.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud, “Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health”, mayo de 2004. Consultado en <https://www.who.int/dietphysical activity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>.
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud, “Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks”, 2009. Consultado en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>>.
- ¹² Timothy Church *et al.*, “Trends Over 5 Decades in U.S. Occupation-Related Physical Activity and Their Associations with Obesity”, *PLoS One*, vol. 6, núm. 5, 25 de mayo de 2011, p. e19657. Consultado en

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21647427>>.

- 13 Peter Katzmarzyk *et al.*, “Sitting Time and Mortality from All Causes, Cardiovascular Disease, and Cancer”, *Medicine and Science in Sports Exercise*, vol. 41, núm. 5, mayo de 2009, pp. 998-1005. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19346988>>.
- 14 José Javier Varo Cenarruzabeitia, J. Alfredo Martínez Hernández y Miguel Ángel Martínez González, “Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo”, *Medicina Clínica (Barcelona)*, vol. 121, núm. 17, 2003, pp. 665-72. Consultado en <<http://mural.uv.es/joplase/obesidad%20y%20educacion%20fisica.pdf>>.
- 15 Bente Pedersen y Anders Toft, “Effects of Exercise on Lymphocytes and Cytokines”, *British Journal of Sports Medicine*, vol. 34, núm. 4, agosto de 2000, pp. 246-251, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10953894>>. Jeffrey Woods, Victoria Vieira y Kerry Keylock, “Exercise, Inflammation, and Innate Immunity”, *Immunology and Allergy Clinics in North America*, vol. 29, núm. 2, mayo de 2009, pp. 381-393, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16877125>>.
- 16 Bente Pedersen y Mark Febbraio, “Muscle-Derived Interleukin-6: Mechanisms for Activation and Possible Biological Roles”, *The FASEB Journal*, vol. 16, núm. 11, septiembre de 2002, pp. 1335-1347. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12205025>>.
- 17 Yuko Oguma y Timoko Shinoda-Tagawa, “Physical Activity Decreases Cardiovascular Disease Risk in Women: Review and Meta-Analysis”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 26, núm. 5, 26 de junio de 2004, pp. 407-418. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15165657>>.
- 18 M. A. Rogers, “Acute Effects of Exercise on Glucose Tolerance in Non-Insulin-Dependent Diabetes”, *Medicine and Science in Sports Exercise*, vol. 21, núm. 4, agosto de 1989, pp. 362-368. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2674587>>.
- 19 Stephen H. Schneider *et al.*, “Ten-Year Experience with an Exercise-Based Outpatient Life-Style Modification Program in the Treatment of Diabetes Mellitus”, *Diabetes Care*, vol. 15, núm. 11, noviembre de 1992, pp. 1800-1810, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1468318>>. Seamus P. Whelton *et al.*, “Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, núm. 7, abril de 2002, pp. 493-503, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11926784>>.
- 20 Joe Quadrilatero y Laurie Hoffman-Goetz, “Physical Activity and Colon Cancer. A Systematic Review of Potential Mechanisms”, *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, vol. 43, núm. 2, junio de 2003, pp. 121-138. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12853893>>.
- 21 Chong Do Lee, Aaron Folsom y Steven N. Blair, “Physical Activity and Stroke Risk: A Meta-Analysis”, *Stroke*, vol. 34, núm. 10, 2003, pp. 2475-2481. Consultado en <<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.STR.0000091843.02517.9D>>.
- 22 George A. Kelley, Kristi S. Kelley y Zung Vu Tran, “Aerobic Exercise, Lipids and Lipoproteins in Overweight and Obese Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials”, *International Journal of Obesity*, vol. 29, núm. 8, agosto de 2005, pp. 881-893. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2443827>>.
- 23 Foro Mundial para la Investigación del Cáncer/Instituto Americano para la Investigación del Cáncer, “Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective”. Consultado en <<https://www.wcrf.org/sites/default/files/english.pdf>>.
- 24 Normand G. Boulé *et al.*, “Effects of Exercise on Glycemic Control and Body Mass in Type 2 Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials”, *Journal of the American Medical Association*, vol.

- 286, núm. 10, 12 de septiembre de 2001, pp. 1218-1227. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11559268>>.
- 25 Christine Y. Christ-Roberts *et al.*, “Exercise Training Increases Glycogen Synthase Activity and GLUT4 Expression but not Insulin Signaling in Overweight Nondiabetic and Type 2 Diabetic Subjects”, *Metabolism*, vol. 53, núm. 9, septiembre de 2004, pp. 1233-1242. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15334390>>.
 - 26 Timothy Church *et al.*, “Effects of Aerobic and Resistance Training on Hemoglobin A1c Levels in Patients with Type 2 Diabetes”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 304, núm. 20, 24 de noviembre de 2010, pp. 2253-2262, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21098771>>. A. Albright *et al.*, “ACSM Position Stand on Exercise and Type 2 Diabetes”, *Medical and Science in Sports and Exercise*, vol. 32, núm. 7, julio de 2000, pp. 1345-1360, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10912903>>.
 - 27 Normand G. Boulé *et al.*, *loc. cit.*
 - 28 Edward Gregg *et al.*, “Physical Activity and Osteoporotic Fracture Risk in Older Women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 129, núm. 2, 15 de julio de 1998, pp. 81-88, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9669990>>. J. Kanis *et al.*, “Risk Factors for Hip Fracture in Men from Southern Europe: The MEDOS Study”, *Osteoporosis International*, vol. 9, núm. 1, 1999, pp. 45-54, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10367029>>.
 - 29 Kenneth E. Powell y Steven N. Blair, “The Public Health Burdens of Sedentary Living Habits: Theoretical but Realistic Estimates”, *Medicine and Science in Sports Exercise*, vol. 26, núm. 7, julio de 1994, pp. 851-856. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7934758>>.
 - 30 Jesse A. Berlin y Graham A. Colditz, “A Meta-Analysis of Physical Activity in the Prevention of Coronary Heart Disease”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 132, núm. 4, octubre de 1990, pp. 612-628. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2144946>>.
 - 31 Alberto Cordero, Dolores Masiá y Enrique Galve, “Ejercicio físico y salud”, *Revista Española de Cardiología*. Consultado en <<https://www.revespcardiol.org/es-ejercicio-fisico-salud-articulo-S0300893214002656>>.
 - 32 Debbi R. Johnson, “Emotional Intelligence as a Crucial Component to Medical Education”, *International Journal of Medical Education*, vol. 6, 6 de diciembre de 2015, pp. 179-183. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26638080>>.
 - 33 Daniel Goleman, *La inteligencia emocional*, Estados Unidos, Bantam Books 1995, p. IX.
 - 34 *Idem.*
 - 35 Mary Heffernan *et al.*, “Self-Compassion and Emotional Intelligence in Nurses”, *International Journal of Nursing Practice*, vol. 16, núm. 4, agosto de 2010, pp. 366-373. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20649668>>.
 - 36 “David Wechsler”, Wikipedia. Consultado en <http://en.wikipedia.org/wiki/David_Wechsler>.
 - 37 “Howard Gardner”, Wikipedia. Consultado en <http://en.wikipedia.org/wiki/Howard_Gardner>.
 - 38 Reuven Bar-On, “The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence”, *Psicothema*, suplemento, 18 de febrero de 2006, pp. 13-25. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17295953>>.
 - 39 Rita Richardson y Elizabeth Evans, “Social and Emotional Competence: Motivating Cultural Responsive Education”, *eric*, marzo de 1997. Consultado en <<https://eric.ed.gov/?id=ED411944>>.
 - 40 Marlow Ediger, “Affective Objectives in The Science Curriculum”, *eric*, 1997, p. 11. Consultado en

<<https://eric.ed.gov/?id=ED412070>>.

- 41 Jane E. Finegan, “Measuring Emotional Intelligence: Where We Are Today”, *eric*, noviembre de 1998. Consultado en <<https://eric.ed.gov/?id=ED426087>>.
- 42 Darwin B. Nelson y Garry L. Low, *Emotional intelligence: Achieving Academic and Career Excellence*, Nueva York, Prentice Hall, 2011.
- 43 John D. Mayer, Richard D. Roberts y Siga G. Barsade, “Human Habilities: Emotional Intelligence”, *Annual Review of Psychology*, vol. 59, 2008, pp. 507-536. Consultado en <<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646>>.
- 44 Milena Miladinovic, “Emotional Intelligence is the Basis for Global Competence”, AFS, 15 de mayo de 2018. Consultado en <<https://afs.org/2018/05/15/emotional-intelligence-is-the-basis-for-global-competence>>.
- 45 AFS, “Emotional Intelligence is a Key Driver for Global Competence: An Interview with Dr. Anantha Duraiappah”, 16 de mayo de 2018. Consultado en <<http://mgiep.unesco.org/article/emotional-intelligence-is-a-key-driver-for-global-competence-an-interview-with-dr-anantha-duraiappah>>.
- 46 *Idem*.
- 47 Barbara Pesut, Corinne Crockett y Jeanette Vinek, “Spiritual Health”, en Patricia A. Potter *et al.* (eds.), *Canadian Fundamentals of Nursing*, Toronto, Elsevier, 2014, pp. 433-446.
- 48 D. M. Arnold, *Examining Masculine Gender Role Conflict and Stress in Relation to Religious Orientation and Spiritual Well-Being in Evangelical Christian Men*, tesis doctoral, California, Biola University, 2017.
- 49 Organización Mundial de la Salud, “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, *Documentos básicos*, suplemento, edición 45, octubre de 2006. Consultado en <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>.
- 50 Organización Mundial de la Salud, “La salud espiritual en la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000”, 1983. Consultado en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186572>>.
- 51 *Idem*.
- 52 Azita Jaber *et al.*, “Spiritual Health: A Concept Analysis”, *Journal of Religion and Health*, vol. 58, núm. 5, octubre de 2019, pp. 1537-1560. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28283931>>.

Capítulo 8

Alimentación saludable

- ¹ Organización Panamericana de la Salud, “Semana mundial de la lactancia materna 2018: pilar de la vida”. Consultado en <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14507:world-breastfeeding-week-20187&Itemid=42401&lang=es>.
- ² Organización Mundial de la Salud, *Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna*, Francia, 1981. Consultado en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42533/9243541609_spa.pdf;jsessionid=2FEF50A866FB88D1B74DC9A9144A?sequence=1>.
- ³ Miguel de la Madrid, Guillermo Soberón Acevedo y Ramón Aguirre Velázquez, “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, 3 de febrero de 1983, México.

Consultado en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>>.

- ⁴ Sofia Charvel Orozco y Fernanda Cobo Armijo, “Legislación en torno a la lactancia. Normas, leyes y vacíos legales en el apoyo a la lactancia”, en Teresita González de Cosío Martínez y Sonia Hernández Cordero (eds.), *Lactancia materna en México*, México, Intersistemas/Conacyt, 2016, p. 140. Consultado en <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf>.
- ⁵ La Liga de la Leche México, <<https://laligadelaleche.org.mx/lllmx/>>.
- ⁶ Mónica Mazariegos, “Amamantar y trabajar: ¡Logremos que sea posible!”, *Latinamerican Science*, 28 de julio de 2015. Consultado en <<http://latinamerican-science.org/spanish/2015/07/amamantar-y-trabajar-logremos-que-sea-posible>>.
- ⁷ “Iniciativa que adiciona el Artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo, suscrita por la diputada Madeleine Bonnafoux Alcaráz e integrantes del grupo parlamentario del PAN”. Consultado en <http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/03/asun_3829506_20190313_1551990222.pdf>.
- ⁸ Secretaría de Gobernación, “Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana”, *Diario Oficial de la Federación*, 14 de marzo de 2013. Consultado en <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5292188&fecha=14/03/2013>.
- ⁹ Anita Plenge-Bönig *et al.*, “Breastfeeding Protects Against Acute Gastroenteritis Due to Rotavirus in Infants”, *European Journal of Pediatrics*, vol. 169, 2010, pp. 1471-1476.
- ¹⁰ Fern R. Hauck *et al.*, “Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-Analysis”, *Pediatrics*, vol. 128, 2011, pp. 103-110.
- ¹¹ Nigel Campbell Rollins *et al.*, “Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?”, *The Lancet*, vol. 387, 2016, pp. 491-504. Eleanor Schwarz y Melissa Nothnagle, “The maternal health benefits of breastfeeding”, *American Family Physician*, vol. 91, 2015, pp. 603-604.
- ¹² Organización Mundial de la Salud, “Exclusive Breastfeeding for Optimal Growth, Development and Health of Infants”, E-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Consultado en <https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en>.
- ¹³ Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino: informe final de resultados”, 31 de octubre de 2016, consultado en <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>>. Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006”, México, 2006, consultado en <<https://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>>.
- ¹⁴ Alfonso Reyes López, “El costo de las prácticas inadecuadas de lactancia en México”, en Claudia Cecilia Radilla Vázquez, *Lactancia humana y equidad de género*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2016.
- ¹⁵ Laura Cu *et al.*, “Factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en lactantes”, *Revista Chilena de Nutrición*, vol. 42, núm. 2, junio de 2015, pp. 139-144. Consultado en <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v42n2/art04.pdf>>.
- ¹⁶ Sindy Tatiana Torres Galindo, Relación entre la alimentación en el primer año de vida y el sobrepeso y obesidad en los niños menores de diez años, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana-Facultad de Ciencias, 2014. Consultado en <<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16034>>.
- ¹⁷ Salvador Villalpando Carrión, “La lactancia humana exclusiva ¿siempre? Importancia de la alimentación al seno materno”, en Claudia Cecilia Radilla Vázquez, *loc. cit.*

- 18 UNICEF, “10 pasos para la lactancia materna eficaz”. Consultado en <<https://www.unicef.org/spanish/nutrition/breastfeeding.html>>.
- 19 María del Consuelo Velázquez Alva, “La programación nutricional en los primeros mil días”, en Claudia Cecilia Radilla Vázquez, *loc. cit.*
- 20 Congreso de la Ciudad de México, “México ocupa el lugar más bajo en AL en lactancia materna; sólo 3 de cada 10 bebés se alimentan así durante sus primeros 6 meses”, 4 de agosto de 2019, consultado en <<https://www.congresocdmx.gob.mx/mexico-ocupa-el-lugar-mas-bajo-en-al-en-lactancia-materna-solo-3-de-cada-10-bebes-se-alimentan-asi-durante-sus-primeros-6-meses>>. *Forbes México*, “México en último lugar en lactancia materna en Latam”, 20 de abril de 2015, consultado en <<https://www.forbes.com.mx/mexico-en-ultimo-lugar-en-lactancia-materna-en-latam>>.
- 21 J. Armando Barriguete *et al.*, “Le Nourrisson, Précède le Bébé... Allaitement Maternel Exclusif jusqu’à 6 Mois”, *Spirale*, núm. 68, 2013-2014, pp. 33-44.
- 22 “¿Qué es 5 x Día?”, 17 de octubre de 2012. Consultado en <<http://www.cincopordia.com.mx/wp-5xdia/?p=783>>.
- 23 Organización Mundial de la Salud, “La OMS recomienda aplicar medidas en todo el mundo para reducir el consumo de bebidas azucaradas y sus consecuencias para la salud”, 11 de octubre de 2016. Consultado en <<https://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtail-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks>>.
- 24 Jorge Luis Lavallo Maury, *Miel, oro líquido de México*, México, Fundación Grupo México, 2018.
- 25 Organización Mundial de la Salud, “Fruit, Vegetables, and NCD Disease Prevention”, septiembre de 2003. Consultado en <https://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv_fv.pdf>.
- 26 Beth Carlton-Tohill, “Dietary Intake of Fruit and Vegetables and Management of Body Weight”, Organización Mundial de la Salud, 2005, consultado en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43145>>. Tracy Ledoux, Melanie Hingle y Thomas Baranowski, “Relationship of Fruit and Vegetable Intake with Adiposity: A Systematic Review”, *Obesity Reviews*, vol. 12, núm. 5, mayo de 2011, pp. e143-e150, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20633234>>.
- 27 Lydia Bazzano, “Dietary Intake of Fruit and Vegetables and Risk of Diabetes Mellitus and Cardiovascular Diseases”, Organización Mundial de la Salud, 2005. Consultado en <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_cvd_diabetes.pdf>.
- 28 *Idem.*
- 29 Foro Mundial para la Investigación del Cáncer/Instituto Americano para la Investigación del Cáncer, “Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective”. Consultado en <<https://www.wcrf.org/sites/default/files/english.pdf>>.
- 30 Foro Mundial para la Investigación del Cáncer/Instituto Americano para la Investigación del Cáncer, “Fruits and Vegetables. Handbook of Cancer Prevention”, vol. 8, 2003.
- 31 Organización Mundial de la Salud, “Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana”. Consultado en <<https://www.who.int/whr/2002/es>>.
- 32 Organización Mundial de la Salud, “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: fomento del consumo mundial de frutas y verduras”. Consultado en <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/in dex1.html>>.

- 33 Organización Mundial de la Salud/Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, “Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases”, informe técnico, 23 abril de 2003. Consultado en <<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr32/en>>.
- 34 Isabel Zacarías *et al.*, “Programa ‘5 al día’ para promover el consumo de verduras y frutas en Chile”, *Revista Chilena de Nutrición*, vol. 33, supl. 1, octubre de 2006. Consultado en <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46914637010>>.
- 35 Elizabeth Santana Hernández, “5 × día en México”, *Revista Énfasis-Alimentación*, 16 de abril de 2010. Consultado en <<http://www.alimentacion.enfasis.com/cap08/16345-5xdia-mexico>>.
- 36 J. Armando Barriguete Meléndez, *Para entender la alimentación*, México, Nostra, 2017, p. 14.
- 37 Secretaría de Educación Pública, “Acuerdo Nacional para la salud alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad”, 2010. Consultado en <http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/programadeaccion_sept.pdf>.
- 38 Ivonne Ramírez Silva *et al.*, “Fruit and Vegetable Intake in the Mexican Population: Results from the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006”, *Salud Pública de México*, vol. 51, núm. 4, 2009, pp. s574-s585. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20464233>>.
- 39 Organización Mundial de la Salud, “Promoting Fruit and Vegetable Consumption Around the World”. Consultado en <www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en>.
- 40 M. A. Beydoun *et al.*, “Food Prices are Associated with Dietary Quality, Fast Food Consumption, and Body Mass Index among U.S. Children and Adolescents”, *Journal of Nutrition*, vol. 141, núm. 2, febrero de 2011, pp. 304-311. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21178080>>.
- 41 Secretaría de Gobernación, “Acuerdo número 645 por el que se instituye la Semana Nacional de la Alimentación Escolar”, *Diario Oficial de la Federación*, 13 de agosto de 2012. Consultado en <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5263259&fecha=13/08/2012>.
- 42 Patricia Kearney *et al.*, “Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data”, *The Lancet*, vol. 365, núm. 9455, 15 de enero de 2005, pp. 217-223. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15652604>>.
- 43 *Idem*.
- 44 Ramiro Sánchez *et al.*, “Latinamerican Guidelines on Hypertension. Latin America Expert Group”, *Journal of Hypertension*, vol. 27, núm. 5, mayo de 2009, pp. 905-922. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19349909>>.
- 45 Organización Mundial de la Salud, “The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life”. Consultado en <<https://www.who.int/whr/2002/en>>.
- 46 Chi-Yuan Hsu *et al.*, “Elevated Blood Pressure and Risk of End-Stage Renal Disease in Subjects without Baseline Kidney Disease”, *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, núm. 8, 25 de abril de 2005, pp. 923-928. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15851645>>.
- 47 Thomas Gaziano *et al.*, “The Global Cost of Nonoptimal Blood Pressure”, *Journal of Hypertension*, vol. 27, núm. 7, julio de 2009, pp. 1472-1477. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19474763>>.
- 48 Feng J. He y Graham A. MacGregor, “A Comprehensive Review on Salt and Health and Current Experience of Worldwide Salt Reduction Programmes”, *Journal of Human Hypertension*, vol. 23, núm. 6, junio de 2009, pp. 363-384, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19110538>>. Feng J. He, Naomi M. Marrero y

- Graham A. MacGregor, "Salt Intake is Related to Soft Drink Consumption in Children and Adolescents: A Link to Obesity?", *Hypertension*, vol. 51, núm. 3, marzo de 2008, pp. 629-634, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18287345>>.
- 49 Thomas Gaziano *et al.*, *loc. cit.*
- 50 Feng J. He y Graham A. MacGregor, "Salt in Food", *The Lancet*, vol. 365, núm. 9462, 5-11 de marzo de 2005, pp. 844-845. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15752523>>.
- 51 Organización Mundial de la Salud, "Reducing Salt Intake in Populations: Report of A WHO Forum and Technical Meeting, 5-7 October 2006, Paris, France". Consultado en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43653>>.
- 52 Juan A. Rivera *et al.*, "Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana", *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 2, marzo-abril de 2008, pp. 173-195. Consultado en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200011>.
- 53 Procuraduría Federal del Consumidor, "La jarra del buen beber. La importancia de mantenerte bien hidratado", 1º de noviembre de 2017. Consultado en <https://www.gob.mx/profeco/documentos/la-jarra-del-buen-beber-la-importancia-de-mantenerte-bien-hidratado?state=published>>.
- 54 Juan Rivera Dommarco, "Consumo de bebidas para una vida saludable. Recomendaciones para la población mexicana", *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 2, 2008, pp. 173-195.
- 55 Procuraduría Federal del Consumidor, *loc. cit.*
- 56 Pilar Orozco López, "El sobrepeso y la obesidad reducen la esperanza de vida", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 10, núm. 6, 2003, p. 445. Consultado en <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207203759556>>.
- 57 José Ramón Narro Robles (coord.), "Enfermedades no transmisibles. Situación y propuestas de acción: una perspectiva desde la experiencia de México", octubre de 2018. Consultado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416454/Enfermedades_No_Transmisibles_ebook.pdf>.
- 58 Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Estadística a propósito del... día mundial contra el cáncer (4 de febrero)", 2 de febrero de 2018. Consultado en <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf>.
- 59 Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Características de las defunciones registradas en México durante 2017", 31 de octubre de 2018. Consultado en <<http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.p>>.
- 60 M. A. Hernández Hernández, "Revisión clínica. Hipertensión arterial sistémica", Atención Familiar, Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar. Consultado en <<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm106/revisionclinica.html>>.
- 61 Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades 2016, semana 42 "Osteoporosis", *Visión Cevece*, semana 42, 2016. Consultado en <http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2016/Semana42_2016.pdf>.

Capítulo 9

Horarium

- ¹ “La liturgia de las horas”, 2 de febrero de 2018. Consultado en <<https://liturgia.papal.org/index.php/manual-de-liturgia/liturgia-de-las-horas/753-la-liturgia-de-las-horas.html>>.
- ² Chantal Brazeau *et al.*, “Distress Among Matriculating Medical Students Relative to the General Population”, *Academic Medicine*, vol. 89, núm. 11, noviembre de 2014, pp. 1520-1525, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25250752>>. Glen Gabbard, “The Role of Compulsiveness in the Normal Physician”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 254, núm. 20, 22-29 de noviembre de 1985, pp. 2926-2929, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4057513>>. Dana Hubbard, “Suicide Among Physicians”, *American Journal of Public Health*, vol. 12, núm. 10, octubre de, 1922, p. 857, consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18010812>>.
- ³ Christina Maslach y Michel P. Leiter, *Burn-Out. Le Syndrome d'Épuisement professionnel*, Les Arènes, París, 2011.
- ⁴ *Idem.*
- ⁵ Clínica Mayo, “Síndrome de fatiga crónica”, 5 de enero de 2018. Consultado en <<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/chronic-fatigue-syndrome/symptoms-causes/syc-20360490>>.
- ⁶ Subimal Datta, “Cellular and Chemical Neuroscience of Mammalian Sleep”, *Sleep Medicine*, vol. 11, núm. 5, mayo de 2010, pp. 431-440. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20359944>>.
- ⁷ Claudia Talero Gutiérrez, Felipe Durán Torres e Isabel Pérez Olmos, “Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia”, *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 11, núm. 3, 2013, pp. 333-348. Consultado en <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56229183008>>.
- ⁸ Todd J. Swick, “The Neurology of Sleep”, *Neurologic Clinics*, vol. 23, núm. 4, noviembre de 2005, pp. 967-989. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16243611>>.
- ⁹ *Idem.*
- ¹⁰ Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición MC 2016”. Consultado en <<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>>.
- ¹¹ Albert Stunkard, Joseph Grace y Harold Wolf, “The Night-Eating Syndrome: A Pattern of Food Intake Among Certain Obese Patients”, *American Journal of Medicine*, vol. 19, núm. 1, julio de 1955, pp. 78-86. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14388031>>.
- ¹² Jennifer D. Lundgren, Kelly C. Allison y Albert J. Stunkard, “Familial Aggregation in the Night Eating Syndrome”, *International Journal of Eating Disorders*, vol. 39, núm. 6, septiembre de 2006, pp. 516-518. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16609983>>.
- ¹³ “Declaración de los derechos del niño, artículo 7”, citado en Margarita Carmona López y Claudio V. Villanueva López, *Guía práctica del juego en el niño y su adaptación en necesidades específicas. (Desarrollo evolutivo y social del juego)*, España, Universidad de Granada, 2006, p. 7.
- ¹⁴ “1276-Decreto 183/2008, de 29 de julio, por el que se establece la ordenación y el currículo del 2º ciclo de la educación infantil en la Comunidad Autónoma de Canarias”, *Boletín Oficial de Canarias*, 14 de agosto de 2008. Consultado en <<http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2008/163/002.html>>.
- ¹⁵ Secretaría de Educación Pública, “Manual del proyecto ‘Bailo y juego’. Fase 0”. Consultado en <<http://creson.edu.mx/modeloeducativo/Clubess%20Propuestos/bailo%20y%20juego.pdf>>.
- ¹⁶ Marín López y Esteban Garfella, *El juego como recurso educativo: guía antológica*, Valencia, Universitat de

València, 1997, p. 11.

- 17 Jean Piaget, *La formación del símbolo en el niño. Imitación, juego y sueño. Imagen y representación*, México, Fondo de Cultura Económica, 2016.
- 18 Montse Gómez y Virginia Romero, *El juego infantil y su metodología*, Barcelona, Altamar, 2016.
- 19 Marín López y Esteban Garfella, *op. cit.*, p. 24.
- 20 “Peter Fonagy on ‘Playing with Reality: I. Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality’ ”, Psychoanalytic Electronic Publishing-University College London, vol. 1, núm. 1, 2018, p. 27. Consultado en <

- 37 Madhav Goyal *et al.*, “Meditation Programs for Psychological Stress and Well-Being”, *Comparative Effectiveness Reviews*, vol. 13, núm. 14, enero de 2014. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK180102>>.
- 38 Heather Buttle, “Measuring a Journey without Goal: Meditation, Spirituality, and Physiology”, *BioMed Research International*, vol. 2015, 8 pp. Consultado en <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/891671>>.
- 39 *Idem.*
- 40 Zinder V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*, Nueva York, The Guilford Press, 2012.
- 41 Richard Chambers, Barbara Chuen Yee Lo y Nicholas B. Allen, “The Impact of Intensive Mindfulness Training on Attentional Control, Cognitive Style, and Affect”, *Cognitive Therapy and Research*, vol. 32, núm. 3, junio de 2008, pp. 303-322. Consultado en <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-007-9119-0>>.
- 42 Alberto Chiesa y Peter Malinowski, “Mindfulness-Based Approaches: Are They All the Same?”, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 67, núm. 4, abril de 2011, pp. 404-424. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21254062>>.
- 43 Fred Travis y Jonathan Shear, “Focused Attention, Open Monitoring and Automatic Self-Transcending: Categories to Organize Meditations from Vedic, Buddhist and Chinese Traditions”, *Consciousness and Cognition*, vol. 19, núm. 4, diciembre de 2010, pp. 1110-1118. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20167507>>.
- 44 Herbert Benson, *The Relaxation Response*, Nueva York, William Morrow, 1976.
- 45 Herbert Benson *et al.*, “Three Case Reports of the Metabolic and Electroencephalographic Changes During Advanced Buddhist Meditation Techniques”, *Behavioral Medicine*, vol. 16, núm. 2, 1990, pp. 90-95. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2194593>>.
- 46 Marc Kaufman, “Meditation Gives Brain a Charge, Study Finds”, *The Washington Post*, 3 de enero de 2005, p. A05. Consultado en <<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/articles/A43006-2005Jan2.html>>.
- 47 Robert W. Levenson, Paul Ekman y Matthieu Ricard, “Meditation and the Startle Response: A Case Study”, *Emotion*, vol. 12, núm. 3, junio de 2012, pp. 650-658. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22506498>>.
- 48 Kevin W. Chen *et al.*, “Meditative Therapies for Reducing Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials”, *Depression and Anxiety*, vol. 29, núm. 7, 14 de junio de 2012, pp. 545-562. Consultado en <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.21964>>.
- 49 Ernst Bohlmeijer *et al.*, “The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Mental Health of Adults with a Chronic Medical Disease: A Meta-Analysis”, *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 68, núm. 6, 2010, pp. 539-544. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20488270>>.
- 50 Richard Chambers, Eleonora Gullone y Nicholas B. Allen, “Mindful Emotion Regulation: An Integrative Review”, *Clinical Psychology Review*, vol. 29, núm. 6, agosto de 2009, pp. 560-572. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19632752>>.
- 51 Pijamasurf, “6 consejos de Matthieu Ricard, ‘El hombre más feliz del mundo’, para aprender a meditar y experimentar un gozo inagotable”, 26 de septiembre, 2016. Consultado en <https://pijamasurf.com/2016/09/6_consejos_de_matthieu_ricard_para_aprender_a_meditar_y_experimentar_un_gozo_inagotable>.

- 52 Organización Mundial de la Salud, “The Ottawa Charter for Health Promotion”. Consultado en <<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>>.
- 53 Frank P. Grad, “The Preamble of the Constitution of the World Health Organization”, *Public Health Classics*, boletín de la Organización Mundial de la Salud, vol. 80, núm. 12, 2002. Consultado en <[https://www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](https://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf)>.
- 54 Steve Hinchliffe y Sarah Whatmore, “Living Cities: Towards a Politics of Conviviality”, *Science as Culture*, vol. 15, núm. 2, 22 de agosto de 2006, pp. 123-138. Consultado en <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09505430600707988>>.
- 55 Hayley Cutt *et al.*, “Dog Ownership, Health and Physical Activity: A Critical Review of the Literature”, *Health & Place*, vol. 13, núm. 1, marzo de 2007, pp. 261-272. Consultado en <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353829206000062>>.
- 56 Steve Hinchliffe y Sarah Whatmore, *loc. cit.*
- 57 Jakob Zinsstag *et al.*, “Potential of Cooperation Between Human and Animal Health to Strengthen Health Systems”, *The Lancet*, vol. 366, núm. 9503, 17 de diciembre de 2005, pp. 2142-2145. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16360795>>.
- 58 *Idem.*

Mapa III

Educación para la vida: momentos críticos y de cambio

- ¹ Howard Gardner, *Inteligencias múltiples. La teoría en práctica*, España, Paidós, 2015, p. 34.
- ² “Ley general de salud”, México, 12 de julio de 2018, p. 1. Consultado en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf>.
- ³ George Santayana, *La vida de la razón o fases del progreso humano*, vol. 1, Madrid, Tecnos, 2005, p. 284.
- ⁴ Helm Stierlin y Gunthard Weber, *Related individuation. Unlocking the family door*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1989, pp. 19-22.

Capítulo 10

Los primeros mil días para el bienestar

- ¹ UNICEF, “Cocinales hoy, es para siempre”. Consultado en <<https://www.unicef.org/uruguay/cocinaleshoy>>.
- ² Anthony Sampson, “Mente universal y particularidad cultural. Ponencia para el Encuentro Internacional de Estudios Culturales en América Latina ‘Globalización y Cultura’”, Santafé de Bogotá, 16-19 de septiembre de 1998. Consultado en <<http://psicologiacultural.org/Pdfs/Sampson/Pdf%20Sampson%20capitulos/Mente%20universal%20y%20particularidad%20cultural.pdf>>.
- ³ Fraser Mustard, “Desarrollo infantil inicial y política pública”, ponencia del Segundo Foro Internacional “Movilización por la Primera Infancia”, Colombia, 2006.
- ⁴ Jeannette R. Ickovics *et al.*, “Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial”, *Obstetrics Gynecology*, vol. 110, núm. 2, agosto de 2007, pp. 330-339. Consultado en

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17666608>>.

- 5 Jacques Fortineau, “Prefacio”, en Serge Lebovici y Leticia Solís (eds.), *La Parentalité*, París, Presses Universitaires de France, 2002, p. XVII.
- 6 J. Armando Barriguete *et al.*, “La función del padre en la consulta terapéutica padres-bebé en el tratamiento de trastornos de la alimentación en el lactante”, en Leticia Solís (ed.), *La parentalidad: desafío para el tercer milenio*, México, Manual Moderno, 2004, pp. 35-42.
- 7 Margarita Lagarde, “Reflexiones para una antropología de la parentalidad y la teoría del apego”, *Grafo Working Papers*, vol. 3, enero de 2014, p. 42. Consultado en <<https://www.raco.cat/index.php/GRAFOwp/article/view/291002>>.
- 8 *Idem.*
- 9 Marie-Rose Moro, *Parents en Exil. Psychopathologie et Migration*, París, Presses Universitaires de France, 1995. Marie-Rose Moro y J. Armando Barriguete, “Aspectos transculturales de la alimentación del lactante”, en Teresa Lartigue Becerra, Martín Maldonado Durán y Héctor Ávila Rosas (eds.), *La Alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*, México, Asociación Psicoanalítica Mexicana-Plaza y Valdés, 1998, pp. 337-362. Marie-Rose Moro y J. Armando Barriguete, “Psiquiatría perinatal intercultural. Caso clínico”, en J. Armando Barriguete (ed.), *Psiquiatría perinatal e intercultural*, Programa de Actualización Continua en Psiquiatría, vol. 4, libro 1, México, Intersistemas, 2003, pp. 48-54.
- 10 Gerald Holton cit. en George Devereux, *L’Ethnopsychiatrie*, París, Flammarion, 1970.
- 11 Jennifer W. Kaminski *et al.*, “A Meta-Analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 36, núm. 4, mayo de 2008, pp. 567-589. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18205039>>.
- 12 Susan Woolfenden, Katrina Williams y Jennifer Peat, “Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años”, *Cochrane*, 23 de abril de 2001. Consultado en <<https://www.cochrane.org/es/CD003015/intervenciones-dirigidas-la-familia-y-los-padres-en-ninos-y-adolescentes-con-trastorno-de-conducta-y>>.
- 13 Fabrizio Faggiano *et al.*, “Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas. (Revisión Cochrane traducida)”, 8 de febrero de 2005. Consultado en <<http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB003020-ES.htm>>.
- 14 Léon Kreisler y Bertrand Cramer, “Bases Cliniques de la Psychiatrie du Nourrisson”, *Psychiatrie de l’Enfant*, vol. 24, núm. 1, 1981, pp. 233-263. Serge Lebovici y Serge Stoleru, *Le Nourrisson, la Mere et le Psychanalyste. Les Interactions Précoces*, París, Le Centurion, 1983.
- 15 Donald Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, París, Payot, 1989, p. 371.
- 16 Daniel N. Stern, *The Interpersonal World of The Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, Nueva York, Basic Books, 1985.
- 17 Donald Winnicott, *loc. cit.*
- 18 Arnold J. Sameroff, “Models of Development and Developmental Risk”, en Charles H. Zeanah, *Handbook of Infant Mental Health*, Nueva York, Guilford Press, 1993, p. 3.
- 19 Daniel Stern, “L’Enveloppe Prénarrative. Vers une Unité Fondamentale d’Expérience Permettant d’Explorer la Réalité Psychique du Bébé”, *Journal de Psychanalyse de l’Enfant*, núm. 14, 1993, pp. 13-90.
- 20 Organización Mundial de la Salud, “Exclusive Breastfeeding for Optimal Growth, Development and Health of

- Infants”, E-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Consultado en <https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en>.
- 21 Organización Mundial de la Salud, “Infant and Young Child Nutrition”, 16 de febrero de 2018. Consultado en <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>>.
 - 22 “Breastfeeding and the Use of Human Milk”, *Pediatrics*, vol. 129, núm. 3, marzo de 2012, pp. e827-e841. Consultado en <<https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827>>.
 - 23 Irene Chatoor, “Eating Behavior Disorder”, en Alicia Lieberman, Serena Wieder y Emily Fenichel (eds.), *DC:0-3 Casebook*, Washington, Zero to Three Press, 1997.
 - 24 J. A. Barriguete y F. Soto, “El estudio de las interacciones precoces: función paterna, contratransferencia y *enaction* en la consulta terapéutica con los bebés”, *De Cabeza*, vol. 5, abril-junio de 1997, pp. 8-14 y 30.
 - 25 Bernard Golse, *La transmisión transgeneracional*, París, Universidad de Verano, 1997.
 - 26 Michel Ody y Claude Smadja, “Carence Paternelle, Importance du Père et de la Fonction Paternelle”, en Serge Lebovici, René Diatkine y Michel Soulé (eds.), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l’Enfant*, vol. 4, París, Presses Universitaires de France, 1995, p. 2606.
 - 27 John Bowlby, *A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory*, Londres, Rutledge, 1988.
 - 28 Mary Main, “Quality Attachment to Mother and Father”, *Child Development*, vol. 52, 1981, pp. 932-940.
 - 29 Howard Gardner, *Inteligencias múltiples. La teoría en práctica*, España, Paidós, 2015, pp. 130-131.
 - 30 Harvard Graduate School of Education, “Project Spectrum”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/project-spectrum>>.
 - 31 Harvard Graduate School of Education, “Early Childhood”, consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/topics/early-childhood>>. Harvard Graduate School of Education, “Cognition, Thinking and Understanding”, consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/topics/cognition-thinking-understanding>>.
 - 32 Harvard Graduate School of Education, “Children are Citizens”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/children-are-citizens>>.
 - 33 Harvard Graduate School of Education, “Early Childhood in the Making and Initiative of Agency by Design”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/early-childhood-in-the-making-an-initiative-of-agency-by-design>>.
 - 34 Harvard Graduate School of Education, “Making Learning Visible”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/making-learning-visible>>.
 - 35 Harvard Graduate School of Education, “Multiple Intelligences”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/multiple-intelligences>>.
 - 36 Harvard Graduate School of Education, “Teaching for Understanding”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/teaching-for-understanding>>.
 - 37 Harvard Graduate School of Education, “The Family Dinner Project”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/the-family-dinner-project>>.
 - 38 Harvard Graduate School of Education, “Early Symbolization and the Transition to Literacy”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/early-symbolization-and-the-transition-to-literacy>>.

- 39 Harvard Graduate School of Education, “Figurative Language”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/figurative-language>>.
- 40 Harvard Graduate School of Education, “Parent Partners”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/parent-partners>>.
- 41 Child Welfare Capacity Building Collaborative, “Parent Partner Program Navigator: Designing and Implementing Parent Partner Programs in Child Welfare”. Consultado en <<https://capacity.childwelfare.gov/states/focus-areas/foster-care-permanency/parent-partner-navigator>>.
- 42 Harvard Graduate School of Education, “The Story Work Project”. Consultado en <<http://www.pz.harvard.edu/projects/the-story-work-project>>.

Capítulo 11

Bienestar adolescente (10 a 24 años)

- ¹ George C. Patton *et al.*, “Nuestro futuro: una comisión de *The Lancet* sobre la salud y el bienestar adolescente”, *The Lancet*, 9 de mayo de 2016, Universidad de Melbourne/*The Lancet*/Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres/Universidad de Columbia/UCL. Consultado en <https://thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/commissions/adolescent-health-2016/AH_execsumm_spanish.pdf>.
- ² *Idem.*
- ³ *Idem.*
- ⁴ José Luis Salinas, J. Armando Barriguete y Julia Casamadrid, “Dinámica familiar y la práctica de la pediatría”, en Mario Arellano Penagos (ed.), *Crisis en la infancia y en la adolescencia*, México Confederación Nacional de Pediatría de México, 2000, pp. 15-38.
- ⁵ Serge Lebovici, “L’Homme dans le Bébé”, *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 58, núm. 3, 1994, pp. 661-680.
- ⁶ Daniel Marcelli, *Les Etats Dépressifs à l’Adolescence*, París, Masson, 1995.
- ⁷ Serge Lebovici, Leticia Solís y J. Armando Barriguete, “L’Arbre de Vie, l’Empathie Métaphorisante, l’Énaction”, en Serge Lebovici y Leticia Solís (eds.), *La Parentalité*, París, Presses Universitaires de France, 2002, pp. 49-59. Serge Lebovici, “Pour une Clinique de l’Interaction”, *Perspectives Psychiatriques*, vol. 90, núm. 21, 1983, pp. 15-21. J. Armando Barriguete *et al.*, “La conducta alimentaria y el equilibrio bio-psico-socio-cultural”, *Psicología Iberoamericana*, vol. 13, núm. 2, 2005, pp. 68-73.
- ⁸ Howard Gardner, *Inteligencias múltiples. La teoría en práctica*, España, Paidós, 2015, pp. 29-30.
- ⁹ Thomas Hatch y Howard Gardner, “If BINet Had Looked Beyond the Classroom: The Assessment of Multiple Intelligences”, *International Journal of Educational Research*, vol. 14, núm. 5, pp. 415-429.
- ¹⁰ Howard Gardner, *Inteligencias múltiples. La teoría en práctica*, pp. 29-30.
- ¹¹ Thomas Hatch y Howard Gardner, “Multiples Intelligences, Multiple Chances”, en Dan Inbar (comp.), *Second Chance in Education: An Interdisciplinary and International Perspective*, Londres, The Falmer Press, 1990, pp. 69-88.
- ¹² David Halberstam, *The Best and the Brightest*, Nueva York, Random House, 2001.

- 13 Dianne Neumark-Sztainer *et al.*, “Eating, Activity, and Weight-related Problems. From Adolescence to Adulthood”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 55, núm. 2, agosto de 2018, pp. 133-141. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29937114>>.
- 14 Universidad de Minnesota, “Research Brief: Nearly All Adolescents Have Eating, Activity or Weight-related Issues”, 21 de junio de 2018. Consultado en <<https://eur04.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Ftwin-cities.umn.edu%2Fnews-events%2Fresearch-brief-nearly-all-adolescents-have-eating-activity-or-weight-related-issues&data=02%7C01%7C%7C7e43e1514a214b68e56008d5dea8fff4%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C636659739779071101&sdata=f3CfDukvMxGQEonSxc3S%2Fs2fgOKD8qpp6R12xRUNfql%3D&reserved=0>>.
- 15 Renee Engeln, “Cognitive Responses to Idealized Media Images of Women: The Relationship of Social Comparison and Critical Processing to Body Image Disturbance in College Women”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 24, núm. 8, diciembre de 2005, pp. 1036-1060, consultado en <<https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jsocp.2005.24.8.1114>>. Amy Brown y Helga Dittmar, “Think ‘Thin’ and Feel Bad: The Role of Appearance Schema Activation, Attention Level, and Thin-Ideal Internalization for Young Women’s Responses to Ultra-Thin Media Ideals”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 24, núm. 8, pp. 1088-1113, consultado en <<https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jsocp.2005.24.8.1088>>.
- 16 Léon Kreisler y Bertrand Cramer, “Bases Cliniques de la Psychiatrie du Nourrisson”, *Psychiatrie de l’Enfant*, vol. 24, núm. 1, 1981, pp. 233-263.
- 17 Daniel N. Stern *et al.*, “Affect Attunement: The Sharing by Means of Intermodal Fluency”, en Tiffany M. Field y Nathan A. Fox (eds.), *Social Perceptions in Infants*, Norwood, Ablex, 1985, pp. 249-286.
- 18 Janis H. Crowther y Nancy E. Sherwood, “Assessment”, en Paul Garfinkel y David Garner, *Handbook on Treatments of Eating Disorders*, Nueva York, Guilford Press, 1997, pp. 34-49.
- 19 Anne Kearney-Cooke y Ruth Striegel-Moore, “The Etiology and Treatment of Body Image Disturbance”, en Paul Garfinkel y David Garner, *Handbook on Treatments of Eating Disorders*, Nueva York, Guilford Press, 1997, pp. 295-306.
- 20 Luis Rojo Moreno *et al.*, “Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria”, *Actas españolas de psiquiatría*, vol. 43, núm. 3, 2015, pp. 91-98. Consultado en <<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/95/ESP/17-95-ESP-91-8-814795.pdf>>.
- 21 Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino: informe final de resultados”, 31 de octubre de 2016, p. 7. Consultado en <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>>.
- 22 *Idem.*
- 23 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, “Obesity Update 2017”. Consultado en <<https://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>>.
- 24 George C. Patton *et al.*, “Nuestro futuro: una comisión de *The Lancet* sobre la salud y el bienestar adolescente”, p. 13.
- 25 Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, “The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet”, Nueva York, 2014. Consultado en <<https://digitallibrary.un.org/record/785641>>.
- 26 *Idem.*

- 27 *Idem.*
- 28 Rehana Salam *et al.*, “Adolescent Health and Well-Being: Background and Methodology for Review of Potential Interventions”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, supl. 4, octubre de 2016, pp. s4-s10. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026682>>.
- 29 Ronald C. Kessler *et al.*, “Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, núm. 6, junio de 2005, pp. 593-602. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>>.
- 30 Susan M. Sawyer *et al.*, “Adolescence: A Foundation for Future Health”, *The Lancet*, vol. 379, núm. 9826, 28 de abril de 2012, pp. 1630-1640. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22538178>>.
- 31 Joey C. Eisenmann *et al.*, “Is Food Insecurity Related to Overweight and Obesity in Children and Adolescents? A Summary of Studies, 1995-2009”, *Obesity Reviews*, vol. 12, núm. 5, mayo de 2011, pp. 73-83. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21382151>>.
- 32 Rehana Salam *et al.*, “Interventions to Improve Adolescent Nutrition: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, supl. 4, octubre de 2016, pp. s29-s39. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026685>>.
- 33 Rehana Salam *et al.*, “Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, supl. 4, octubre de 2016, pp. s11-s28. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026684>>.
- 34 Nichola Shackleton *et al.*, “School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 58, núm. 4, abril de 2016, pp. 382-396. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013271>>.
- 35 Philippe Jeammet, “El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias”, *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, núm. 6, 1994, pp. 25-42.
- 36 Donald Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, París, Payot, 1989, p. 371.
- 37 Helm Stierlin y Gunthard Weber, *Related Individuation. Unlocking the Family Door*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1989, pp. 19-22.
- 38 Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Natalidad y fecundidad”. Consultado en <<https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad>>.
- 39 Catherine Menkes y Olga Serrano, “Embarazo adolescente en México: niveles y condicionantes sociodemográficos”, en Ana María Chávez y Catherine Menkes (eds.), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006*, México, Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, pp. 110-132. Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Consejo Nacional de Población, “Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados 2011”, México, 2011.
- 40 Aremis Villalobos Hernández *et al.*, “Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México”, *Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 2, marzo-abril de 2015, pp. 135-143. Consultado en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008>.
- 41 Rosario Román, *Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes*, México, Instituto Mexicano de la Juventud, 2000.
- 42 UNICEF, “Progreso para la infancia. Un boletín sobre los adolescentes”, núm. 10, abril de 2012, consultado en

<https://www.unicef.org/spanish/publications/index_62280.html>. Consejo Nacional de Población, “Proyecciones de la población de los municipios de México 1990-2030”, consultado en <<https://www.gob.mx/conapo/documentos/proyecciones-de-la-poblacion-de-los-municipios-de-mexico-2015-2030?idiom=es>>.

43 *Idem*.

44 Lourdes Campero Cuenca *et al.*, “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”, *Gaceta Médica de México*, vol. 149, 2013, pp. 299-307. Consultado en <http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf>.

45 Juan Pablo Gutiérrez *et al.*, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales”, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. Consultado en <<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>>.

46 Fondo de Población de las Naciones Unidas, “La situación actual de los jóvenes en México”, 2016. Consultado en <<https://mexico.unfpa.org/es/publicaciones/situación-actual-de-los-jóvenes-en-méxico>>.

47 Gobierno de México, “Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes”. Consultado en <https://qroo.gob.mx/sites/default/files/2017-12/ENAPEA_V10.pdf>.

48 Carlos Echarri, “Sobre la maternidad precoz”, *México Social*, vol. 45, 2014, pp. 38-41. Consultado en <<http://mexicosocial.org/sobre-la-maternidad-precoz>>.

49 Gobierno de México, “Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes”, *loc. cit.*

50 *Idem*.

51 Gobierno de México, “Programa de acción específico. Salud sexual y reproductiva para Adolescentes 2013-2018”. Consultado en <<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accion-especifico-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-2013-2018-10072>>.

52 Gobierno de México, “Estrategia nacional para la prevención del embarazo adolescente. Enapea”. Consultado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232448/1_ENAPEA_Reu_Extraordinaria_MMT.pdf>.

Capítulo 12

Bienestar en la edad adulta: crisis de la mitad de la vida (35 a 55 años)

¹ Javier Marías, *Corazón tan blanco*, Barcelona, Anagrama, 1992, p. 294.

² International OCD Foundation, “What is Body Dysmorphic Disorder (BDD)?”, Bio-Behavioral Institute, Nueva York. Consultado en <<https://iocdf.org/wp-content/uploads/2014/10/BDD-Fact-Sheet.pdf>>.

³ J. Armando Barriguete Meléndez *et al.*, “Prevalence of Abnormal Eating Behaviors in Adolescents: Results of a Population-Based Nationwide Survey (Mexican Health and Nutrition Survey 2006)”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 4, 2009, pp. s638-s644.

⁴ Emilio J. Compte *et al.*, “Assessment and Validation of a Spanish Version of the Muscle Dysmorphia Disorder Inventory in Argentinian Men Who Exercise: Inventario de Dismorfia Muscular”, *Body Image*, vol. 31, 17 de agosto de 2019, pp. 24-34. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31430602>>.

⁵ J. Armando Barriguete *et al.*, “Evaluación de la Motivación y Adherencia”, en Simón Barquera e Ismael

Campos (eds.), *Dislipidemias: epidemiología, evaluación, adherencia y tratamiento*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2010, pp. 153-162.

⁶ Chopra Center Meditation, “The Path to Empowerment”. Consultado en <<https://chopracentermeditation.com>>.

⁷ Helm Stierlin y Gunthard Weber, *Related Individuation. Unlocking the Family Door*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1989, pp. 19-22.

⁸ Roberto Esparza Viedma, *Empleología. La ciencia del empleo*, México, IQubadora, 2012.

Capítulo 13

Bienestar después de los 60

¹ Autor desconocido. Cita de Melinda Gates, en Wendy Jewell, “Melinda Gates”, The My Hero Project. Consultado en <http://myhero.com/hero.asp?hero=Melinda_gates_2012>.

² Andrew Scott, “The Myth of the ‘Aging Society’ ”, Project Syndicate, 25 de mayo de 2018. Consultado en <<https://www.project-syndicate.org/onpoint/the-myth-of-the-aging-society-by-andrew-scott-2018-05?barrier=accesspaylog>>.

³ Organización de las Naciones Unidas, “Población”. Consultado en <<https://www.un.org/es/sections/issues-depth/population/index.html>>.

⁴ Dan Buettner y Sam Skemp, “Blue Zones: Lessons from the World’s Longest Lived”, *American Journal of Lifestyle Medicine*, vol. 10, núm. 5, 7 de julio de 2016, pp. 318-321. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30202288>>.

⁵ Andrew Scott, *loc. cit.*

⁶ Michel Poulain *et al.*, “Identification of a Geographic Area Characterized by Extreme Longevity in The Sardinia Island: The AKEA study”, *Experimental Gerontology*, vol. 39, núm. 9, 2004, pp. 1423-1429. Consultado en <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15489066>>.

⁷ Gerardo Rivera Silva, Leonardo Rodríguez Reyes y María Guadalupe Treviño Alanís, “El envejecimiento de la población mexicana”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 56, núm. 1, 2018, p. 116. Consultado en <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457754052023/457754052023.pdf>>.

⁸ Secretaría de Salud, “Programa sectorial de salud 2013-2018”, 12 de diciembre de 2012. Consultado en <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013>.

⁹ Gobierno de México, “Vacunación universal”, 22 de septiembre de 2015. Consultado en <<https://www.gob.mx/salud/articulos/vacunacion-universal-11658>>.

¹⁰ Pro-Health 65+ Health Promotion and Prevention of Risk-Action for Seniors, “Project Policy Brief 18”, julio de 2017. Consultado en <<http://pro-health65plus.eu/userfiles/downloads/policybriefs/PRO-Health%2065+-%20Policy%20brief%2018.pdf>>.

¹¹ Andrea Poscia, Francesco Landi y Agnese Collamati, “Public Health Gerontology and Active Aging”, en Stefania Boccia, Paolo Villari y Walter Ricciardi (eds.), *A Systematic Review of Key Issues in Public Health*, Suiza, Springer, 2005, pp. 129-151.

¹² Donald T. Rowland, *Population Aging. The Transformation of Societies*, Nueva York, Springer, 2012.

¹³ Pro-Health 65+ Health Promotion and Prevention of Risk-Action for Seniors, <<http://www.pro-health65plus.eu>>.

health65plus.eu>.

- 14 Edgar Faure *et al.*, *Learning to Be. The World of Education Today and Tomorrow*, UNESCO, París, 1972. Consultado en <http://www.unesco.org/education/pdf/15_60.pdf>.
- 15 Serge Lebovici, Leticia Solís y J. Armando Barriguete, “L’Arbre de Vie, l’Empathie Métaphorisante, l’Énaction”, en Serge Lebovici y Leticia Solís (eds.), *La Parentalité*, París, Presses Universitaires de France, 2002, pp. 49-59.
- 16 Organización de las Naciones Unidas, “Resoluciones aprobadas sobre la base de los informes de la tercera comisión”. Consultado en <<https://undocs.org/es/A/RES/45/106>>.
- 17 Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cifras durante el segundo trimestre de 2018”, consultado en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/enoe_ie/enoe_ie2018_08.pdf>. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de la tercera edad (adultos mayores). Datos nacionales”, consultado en <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/edad2018_Nal.pdf>. Organización de las Naciones Unidas, “Resoluciones aprobadas sobre la base de los informes de la tercera comisión”, *loc. cit.*
- 18 Organización de las Naciones Unidas-Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad”. Consultado en <<https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>>.
- 19 Cámara de Diputados, “Ley de los derechos de las personas adultas mayores”, 25 de abril de 2012. Consultado en <https://www.ucol.mx/content/cms/13/file/federal/LEY_DE_LOS_DERECHOS_DE_PERSONAS_ADULTAS>.
- 20 Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo, “La inserción laboral de las personas mayores: necesidades y opciones”, Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe, núm. 18, mayo de 2018. Consultado en <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43603/1/S1800398_es.pdf>.
- 21 Forlac Programa de Promoción de la Formalización en América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo, “El empleo informal en México: situación actual, políticas y desafíos”, 2014. Consultado en <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_245619.pdf>.
- 22 *Idem.*

Anexo

- 1 J. Armando Barriguete y Adriana Viladoms, “Diplomado en línea en trastornos de la conducta alimentaria, obesidad y bienestar”, Anáhuac Online, 2019.
- 2 Claudia Unikel, “Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada”, *Salud Mental*, vol. 33, núm. 1, enero-febrero de 2010. Consultado en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002>.
- 3 Claudia Unikel y Gloria Gómez Pérez-Mitré, “Validez de constructo de un instrumento para la detección de

factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas”, *Salud Mental*, vol. 27, núm. 1, febrero de 2004, p. 45, consultado en <<https://www.redalyc.org/pdf/582/58212705.pdf>>. Claudia Unikel *et al.*, “Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Female Students and Patients with Eating Disorders”, *European Eating Disorders Review*, vol. 14, núm. 6, p. 432, consultado en <https://www.researchgate.net/publication/227530279_Psychometric_properties_of_the_Attitudes_Towards_B

⁴ J. Armando Barriguete, *Para entender la alimentación*, México, Nostra, 2017, p. 102.



El doctor Armando Barriguet, pionero en México en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), nos muestra que la respuesta a estas preguntas se encuentra en aprender a escuchar y comprender los mensajes emocionales y físicos de nuestro cuerpo, como la sensación de hambre y saciedad, más allá de nuestra talla, el peso o el índice de masa corporal. Y es que no sólo se trata de evitar los trastornos, sino de alcanzar la felicidad y el equilibrio que propicie el estar bien, junto con su condición crónica: el bienestar.

«Esta obra, que refleja tanto la personalidad inteligente, innovadora y entusiasta de su autor, como los años que ha dedicado a la investigación sobre el tema de la alimentación en su contexto biopsicosocial, es especialmente relevante en una época marcada por los problemas de nutrición y trastornos de la conducta alimentaria en nuestro país.»

Dra. Teresita Corona, presidenta
de la Academia Nacional de Medicina de México

«Armando Barriguet ayuda al lector a identificar, entender y revertir los motivos de las crisis en distintas etapas de su vida, determinantes en las conductas que impactan su salud y la de su familia.»

Dr. Carlos A. Aguilar Salinas,
Premio Nacional de Ciencias 2018 por sus aportaciones
en la investigación de enfermedades metabólicas

«Una obra sencilla y profunda, destinada a convertirse en un clásico. Y una lectura imprescindible para los profesionales de la salud y para los funcionarios interesados en revertir las altas tasas de obesidad o diabetes, así como en promover el bienestar y la salud mental de la población.»

André-Laurent Parodi, presidente honorario
de la Academia Nacional de Medicina de Francia



El doctor **J. ARMANDO BARRIGUETE MELÉNDEZ** fue cofundador, en 1986, de la primera clínica para el tratamiento de los TCA en México, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. También es el estratega detrás de la primera campaña nacional contra la obesidad en México (2008), del programa nacional «Chécate, Mídete, Muévete» (2012); y la plataforma educativa en línea «Bienestar» de la Universidad Anáhuac Virtual. Actualmente trabaja en colaboración con la Embajada de Francia en México, el Institut de Recherche pour le Développement (IRD) y el Consejo Estratégico Franco-Mexicano; la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), el Centro del Bienestar del doctor David Kershenobich en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ); el programa «Casa de las Mujeres» coordinado por la Senadora Delfina Gómez en el Estado de México y en el Sureste del país con Fernando Chico Pardo. También es autor del libro *Para entender la alimentación* (2013). Su reconocimiento se extiende a nivel internacional, al ser el primer latinoamericano en ser nombrado miembro y en ser reconocido con el Premio Meehan/Hartley por la Academy for Eating Disorders (2002), y condecorado como Oficial de la Legión de Honor por el gobierno de Francia (2010). Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y de las academias de medicina y cirugía de Francia; coordinador de los programas «Bienestar, Mujeres y Adolescentes» y «NutriNet» de la Academia Mexicana de Cirugía; presidente de la sociedad King's College London Alumni-México; y director de la Clínica de TCA en el Hospital Ángeles Lomas, en México.

Los pilares del bienestar

La guía todo terreno para disfrutar de una alimentación y salud plenas en cada fase de tu vida

Primera edición digital: febrero, 2020

D. R. © 2019, J. Armando Barriguete Meléndez

D. R. © 2020, derechos de edición mundiales en lengua castellana:

Penguin Random House Grupo Editorial, S.A. de C.V.
Blvd. Miguel de Cervantes Saavedra núm. 301, 1er piso,
colonia Granada, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520,
Ciudad de México

www.megustaleer.mx

María Laura Paz Abasolo, por la edición

D. R. © Penguin Random House, por el diseño de portada

D. R. © iStock by Getty Images, por la fotografía de portada

D. R. © Lorena Velázquez, por la fotografía del autor

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección del *copyright*. El *copyright* estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes del Derecho de Autor y *copyright*. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores.

Queda prohibido bajo las sanciones establecidas por las leyes escanear, reproducir total o parcialmente esta obra por cualquier medio o procedimiento así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público sin previa autorización. Si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra diríjase a CemPro (Centro Mexicano de Protección y Fomento de los Derechos de Autor, <http://cempro.com.mx>)

ISBN: 978-607-318-748-0

Penguin
Random House
Grupo Editorial



[/megustaleermexico](https://www.facebook.com/megustaleermexico)



[@megustaleermex](https://twitter.com/megustaleermex)

Conversión eBook:
Tangram. Ediciones Digitales



Índice

Introducción

Mapa I

Factores de riesgo: el ambiente obesogénico

Capítulo 1: Breve historia del hambre

Homo sapiens fame

Las emociones, el hambre y la saciedad

Capítulo 2: El ambiente obesogénico

Transición nutricional, demográfica y epidemiológica

Hogar

Escuela

Trabajo

Lugares de recreo

La era digital

Capítulo 3: Las conductas obesogénicas

Los principales actores en el teatro de la obesidad

Las palabras que acusan y maltratan

Capítulo 4: La conducta alimentaria: en busca del equilibrio físico y mental

Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracón

“No hay salud sin salud mental”

Mapa II

Los cinco factores de protección principales

Capítulo 5: Una vida sin violencia ni adicciones

No violencia

No adicciones

El desarrollo humano

De los objetivos de desarrollo del milenio a los objetivos de desarrollo sostenible

Capítulo 6: Red social vital: prioridades para la vida

El siglo XXI de la mujer

La familia

Compromiso social

Amigos para la vida

La economía

Capítulo 7: Actividad integral

Actividad física

Activo emocional y espiritualmente

Capítulo 8: Alimentación saludable

Lactancia exclusiva de seis meses

Alimentación natural

Cómo prevenir enfermedades

Capítulo 9: *Horarium*

Descanso

Sueño

Juego y diversión

Leer y escribir

Música

Meditación

Disfruta de los animales

Otro país, otra lengua

Mapa III

Educación para la vida: momentos críticos y de cambio

Capítulo 10: Los primeros mil días para el bienestar

Parentalidad

Recién nacido hasta los tres años

Inteligencia y habilidades

Capítulo 11: Bienestar adolescente (10 a 24 años)

Aparato mental

Inteligencias múltiples

Alimentación, actividad física y peso

Sexualidad

Embarazo adolescente: factor de alto riesgo

Capítulo 12: Bienestar en la edad adulta: crisis de la mitad de la vida (35 a 55 años)

La formación y consolidación de la pareja

Trabajo y hogar

La formación y consolidación de la parentalidad

Capítulo 13: Bienestar después de los 60

Longevidad

Pareja

Familia: síndrome del nido vacío

Aislamiento

Trabajo y jubilación

Apéndice. Cuestionarios y herramientas para identificar conductas de riesgo

Recursos

Notas

Sobre este libro

Sobre el autor

Créditos

Índice

Los pilares del bienestar	3
Introducción	5
MAPA 1. Factores de riesgo: el ambiente obesogénico	13
Capítulo 1: Breve historia del hambre	18
Homo sapiens fame	19
Las emociones, el hambre y la saciedad	23
Capítulo 2: El ambiente obesogénico	28
Transición nutricional, demográfica y epidemiológica	33
Hogar	37
Escuela	40
Trabajo	42
Lugares de recreo	44
La era digital	46
Capítulo 3: Las conductas obesogénicas	51
Los principales actores en el teatro de la obesidad	52
Las palabras que acusan y maltratan	58
Capítulo 4: La conducta alimentaria: en busca del equilibrio físico y emocional	64
Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracón	68
“No hay salud sin salud mental”	78
MAPA 2. Los cinco factores de protección principales	83
Capítulo 5: Una vida sin violencia ni adicciones	87
No violencia	89
No adicciones	99
El desarrollo humano	108
De los objetivos de desarrollo del milenio a los objetivos de desarrollo sostenible	110
Capítulo 6: Red social vital: prioridades para la vida	117
El siglo XXI de la mujer	118
La familia	122
Compromiso social ²⁰	123
Amigos para la vida	125

La economía (Con la colaboración de Patricio Armando Barriguete Chávez-Peón)	127
Capítulo 7: Actividad integral	132
Actividad física	133
Activo emocional y espiritualmente	138
Capítulo 8: Alimentación saludable	143
Lactancia exclusiva de seis meses	144
Alimentación natural	149
Cómo prevenir enfermedades	163
Capítulo 9: Horarium	166
Descanso	169
Sueño	171
Juego y diversión	174
Leer y escribir	177
Música	180
Meditación (Con la colaboración de Paola Barriguete Chávez-Peón)	181
Disfruta de los animales	184
Otro país, otra lengua	186
MAPA 3. Educación para la vida: momentos críticos y de cambio	187
Capítulo 10: Los primeros mil días para el bienestar	191
Parentalidad	193
Del nacimiento hasta los tres años	198
Inteligencia y habilidades	202
Capítulo 11: Bienestar adolescente (10 a 24 años)	206
Aparato mental	208
Inteligencias múltiples	210
Alimentación, actividad física y el peso	212
Sexualidad	217
Embarazo adolescente: factor de alto riesgo	219
Capítulo 12: Bienestar en la edad adulta: crisis de la mitad de la vida (35 a 55 años)	224
La formación y consolidación de la pareja	229
Trabajo y hogar	231
La formación y consolidación de la parentalidad	233

Capítulo 13: Bienestar después de los 60	234
Longevidad	236
Pareja	240
Familia: síndrome del nido vacío	242
Aislamiento	244
Trabajo y jubilación	245
Apéndice. Cuestionarios y herramientas para identificar conductas de riesgo	247
Recursos	254
Notas	256
Sobre este libro	297
Sobre el autor	298
Créditos	299