



Psic-Obesidad

**Boletín electrónico de Obesidad desde
una perspectiva cognitivo conductual**



**Volumen 6, Número 24
octubre-diciembre de 2016**

Psic-Obesidad

Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual

Volumen 6, Número 24
octubre-diciembre de 2016

N.R. 04-2010-100813543100-203
www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad



Contenido



	Editorial	2
1	Trabajos de difusión en investigación	4
	Esquema terapéutico multidisciplinar en personas obesas <i>M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo y Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling</i>	
2	F54 Factores psicológicos... [316]	8
	Trastorno obsesivo-compulsivo: trastorno de acumulación relacionado: F42.3 <i>Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling</i>	
3	Acérquese... ricos tamales	11
	Índice de masa corporal (IMC) <i>M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo</i>	
4	Como, luego existo	12
	Consumo de chiles y obesidad <i>Lic. Maricruz Morales Salinas</i>	
5	Colaboraciones	15
	¿Cuáles son los hábitos alimenticios de jóvenes mexicanos y cuál es su relación con el sobrepeso? (Segunda parte) <i>M.P.S.S. Paola Ozcevely Mata Rodríguez y M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo</i>	
6	Próximas reuniones científicas	17
	Normas de publicación	18

DIRECTORIO UNAM

Dr. Enrique Graue Wiechers
Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas
Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Secretario Administrativo

Dr. Alberto Ken Oyama Nakagawa
Secretario de Desarrollo Institucional

Dr. César Iván Astudillo Reyes
Secretario de Servicios a la Comunidad

Dra. Mónica González Contró
Abogada General

Lic. Néstor Martínez Cristo
Director General de Comunicación Social

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez
Director

Dr. Vicente J. Hernández Abad
Secretario General

Dra. Rosalinda Escalante Pliego
Secretaria de Integración, Promoción y Desarrollo Académico

M. en C. Faustino López Barrera
Secretario de Planeación

Lic. Sergio Silva Salgado
Secretario Administrativo

Dr. Edelmiro Santiago Osorio
Jefe de la División de Posgrado e Investigación

Dra. Mirna García Méndez
Coordinadora de Trayectoria Escolar de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento

Dra. Bertha Ramos del Río
Jefa de la Carrera de Psicología

Mtro. Pedro Vargas Ávalos
Coordinador del Área de Psicología Clínica

DIRECTORIO Psic-Obesidad

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling
Editora

Dra. Lucy María Reidl Martínez
Dra. Mirna García Méndez
Mtra. Ana Lilia Muñoz Corona
Lic. Felix Ramos Salamanca
Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes
M.C. Dolores Patricia Delgado Jacobo
Consejo Editorial

Lic. Maricruz Morales Salinas
Lic. María del Socorro García Villegas
Psic. Elías Guzmán Fernández
Lic. Carlos Raziel Leños
Lic. Claudia Ahumada Ballesteros
Equipo de colaboradores

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:
M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo
M.P.S.S. Paola Ozevely Mata Rodríguez
Lic. Maricruz Morales Salinas

Colaboraciones e informes: Teléfono: 56 23 06 12
Correos electrónicos:
boletinsicobesidad@yahoo.com.mx
raquelguillen2010@gmail.com

Editorial

octubre-diciembre 2016

En 2016 la Organización Mundial de Salud (OMS o WHO por sus siglas en inglés) (OMS, 2016a), actualiza el estado de la Obesidad en cifras. Señala que de 1980 a la fecha (junio 2016) se ha duplicado el número de personas obesas y con sobrepeso en el mundo.

De 1980 a 2013 un 27.5% en adultos y en niños un 47.1, más del 50 por ciento de los 671 millones de personas obesas en el mundo viven en sólo 10 países: Estados Unidos (más de 13%), China e India (15% combinado), el 72 por ciento restante entre Rusia, Brasil, México, Egipto, Alemania, Pakistán e Indonesia y a México le corresponde proporcionalmente el 10.28 por ciento (Marie, Ng, Fleming, T., et al., 2014). En la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el mes de marzo de 2016, se presentó el informe de la comisión para combatir la Obesidad Infantil desglosado en seis recomendaciones:

Alimentación:

1. *Aplicar programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos sanos y que reduzcan la ingesta de alimentos y bebidas azucaradas dañinos a la salud de niños y adolescentes.* Desglosado en nueve apartados.

Actividad Física:

2. *Aplicar programas integrales que promuevan la actividad física y reduzcan los comportamientos sedentarios en niños y adolescentes.* Desglosado en dos apartados.

Prevención:

3. *Integrar y fortalecer las orientaciones para la prevención de las enfermedades no transmisibles con las pautas actuales para la atención pre-gestacional y prenatal a fin de reducir el riesgo de obesidad infantil.* Desglosado en cuatro apartados.

Apoyo al Ambiente:

4. *Ofrecer orientaciones y apoyo al establecimiento de una dieta sana y de pautas de sueño y de actividad física durante la primera infancia a fin de que los niños crezcan de forma adecuada y adquieran hábitos saludables.* Desglosado en trece apartados.

Multidisciplina:

5. *Aplicar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, conocimientos básicos en materia de salud, nutrición y actividad física, en niños y adolescentes en edad escolar.* Desglosado en siete apartados.

Multidisciplina y Psicología:

6. *Ofrecer a niños y jóvenes con obesidad servicios para el control del peso corporal que reúnan diversos componentes y se centren en la familia y en la modificación del tipo o estilo de vida.* Desglosado en un apartado (OMS, 2016b).

En México, de mayo a agosto de 2016 se llevó a cabo la aplicación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT, 2016), con el objetivo de dar seguimiento e identificar oportunamente el estado de salud y nutrición de la población y reforzar o ajustar las acciones necesarias para frenarlos. Las áreas de la encuesta son los indicadores de la Estrategia Nacional para el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Prueba Piloto ENSANUT, 2016), distribuidos en:

El conocimiento acerca de: la percepción sobre: el etiquetado frontal de alimentos y al daño a la salud por la obesidad; el conocimiento de la campaña "Chécate, Mídete, Muévete" y la asociación entre el sueño y la obesidad.

Datos sociodemográficos: características demográficas y socioeconómicas de la familia, de la vivienda y de bienes en el hogar.

Toma de medidas antropométricas: peso corporal, estatura, circunferencia de cintura.

Signos vitales: tensión arterial.

Conductas relacionadas: con el consumo de alimentos y de la actividad física.

Antecedentes heredo-familiares: enfermedades crónicas y en la calidad de la atención del paciente diabético e hipertenso.

El cuestionario constó de 57 preguntas con respuestas de opción múltiple, las cuales se encuentran divididas en seis secciones:

1. Estado del cambio sobre actividad física y consumo de frutas y verduras (12 preguntas).
2. Beneficios percibidos (1 pregunta).
3. Auto-eficacia (3 preguntas).
4. Barreras percibidas (personales e interpersonales) (14 preguntas).
5. Bebidas azucaradas y agua pura (13 preguntas).
6. Percepciones, actitudes y conocimientos sobre la obesidad (14 preguntas) (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016a, pág. 32).

A finales de octubre de 2016, se publican sus resultados y cuyo análisis requiere resaltar la condición de sobrepeso y obesidad en las diversas etapas de desarrollo de la población.

Los principales resultados son:

- Prevalencia de diabetes en adultos: 9.4%.
- Pacientes que reportaron tener acceso al tratamiento para el control de la diabetes: 87.8%.
- Pacientes con al menos una medición de hemoglobina glucosilada en 2016: 15.2% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016b).

REFERENCIAS

- OCDE (2014). *La estrategia de México para hacer frente a la obesidad es prometedora, dice la OCDE*. Disponible en <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/htm>
- ENSANUT Medio Camino 2016 (2016a). *Se llevó a cabo la prueba piloto de la ENSANUT Medio Camino 2016*. Disponible en: www.insp.mx/avisos/4074-prueba-piloto-ensanut.html
- ENSANUT Medio Camino 2016 (2016b). Disponible en: www.epidemiologia.salud.gob.mx.
- OMS (2016a). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N°311,

Un adelanto es la imagen publicada por la página salud y medicinas.



Fuente: La obesidad en México, 2016. <http://www.saludymedicinas.com.mx/assets/img/Infografias/pdf/Infografia-Obesidad-Mexico-Encuesta-Nacional>

En 2014, la OCDE señalaba: *La estrategia mexicana de restringir la publicidad dirigida a los niños según la hora del día, será probablemente más fácil de poner en práctica que un enfoque para regular el contenido de los programas.*

junio de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

- OMS (2016b). Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf.
- Marie Ng, Fleming, T., et al. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384 (9945), 766-781.

1. Trabajos de difusión en investigación

Esquema terapéutico multidisciplinar en personas obesas

El tratamiento multidisciplinario de la obesidad debería ser la piedra angular para prevenir o controlar las enfermedades crónicas asociadas.
Obesidad en México, 2010

La obesidad se considera un problema de salud caracterizada desde el modelo médico como enfermedad crónica, multifactorial, compuesta de variables genéticas, metabólicas, psicológicas y ambientales. Se encuentra asociada en el mecanismo de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, dislipidemias, cáncer entre otras. El abordaje terapéutico diseña la línea multidisciplinaria que permite ubicar las variables involucradas en cada uno de sus campos disciplinares. Incluso considerar que no es sólo un problema médico, sino que diversos factores participan en su incremento: características biológicas (susceptibilidad genética), aspectos sociales y del comportamiento (preferencia del uso del tiempo, publicidad y pobreza) e influencias ambientales (urbanización y cambio tecnológico) (Cruz-Sánchez et al., 2013).

La asistencia terapéutica al paciente con sobrepeso u obesidad, requiere por parte de los profesionales del equipo multidisciplinario en salud, del conocimiento de las estrategias básicas para la intervención de su propia disciplina y de la interacción con las otras a partir de los fundamentos teóricos que las enlazan. Para ello se hace necesario reconocer los paradigmas que les permiten explicar el origen, mantenimiento y repercusiones, de la persona y de su condición de sobrepeso u obesa. A su vez, de la interacción de las aproximaciones conceptuales en la atención multidisciplinaria donde se encuadran los objetivos y las metas comunes para: la atención, la recuperación al estado de salud con bienestar, calidad y estilo de vida adaptativo.

Antes de abordar algunos enfoques teóricos y las acciones a realizar en el esquema terapéutico multidisciplinario en personas obesas, se destaca que en México se han realizado estrategias de promoción a la salud y de atención en la Obesidad de personas de diversos grupos etarios y su desarrollo se encuentra en las Normas Oficiales de 1998 y de 2010. Esta última es para el Tratamiento Integral del sobrepeso y la obesidad (2010) que señala algunos conceptos principales:

Percentila (percentil) es el valor que divide un conjunto ordenado de datos estadísticos, de forma que un porcentaje de tales datos sea inferior a dicho valor. Así, un individuo en el percentil 85, está por encima del 85% del grupo a que pertenece.

Obesidad, la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m².

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

Sobrepeso, estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m². En personas menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.

Tratamiento estandarizado es aquel cuya composición, dosis, cantidad y duración es la misma para cualquier tipo de paciente sin considerar sus características en forma individual.

Tratamiento integral, conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, incluye el tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en su caso, quirúrgico, orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

Disposiciones generales, todo paciente con sobrepeso u obesidad requerirá de un tratamiento integral, en términos de lo previsto en esta norma (NOM 008-SSA3-2010, TISO).

De acuerdo con la Norma 2012 (Dislipidemias):

Educación para la Salud es el proceso de enseñanza-aprendizaje de actitudes de la población en general que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para evitar el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, así como los factores del estilo de vida que propician el desarrollo de las dislipidemias y que se adquieren con una actitud contraria a cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Estilos de vida saludable, se refiere a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: alimentación correcta, adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas; buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias

como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo.

Expediente clínico, conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Factor de riesgo, atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento.

Manejo integral, establecimiento de metas del tratamiento conductual y farmacológico, proporcionar educación a pacientes, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones. Por otro lado implica también la detección y tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular u otras comorbilidades.

Acciones de prevención primaria, las acciones de promoción de la salud y de prevención de las dislipidemias se orientan principalmente al fomento de estilos de vida saludables, además de integrarse a las estrategias y programas para la prevención de las enfermedades del corazón, cerebrovasculares, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otros padecimientos crónicos.

Criterios para establecer un tratamiento. Punto 8.3.1.: *La modificación conductual a un estilo de vida saludable es la base de la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, por lo tanto, estas medidas son de aplicación universal y deben recomendarse desde la infancia.*

Por otra parte, el comienzo formal del tratamiento multidisciplinario implica la participación activa de los terapeutas, coordinados bajo un centro de acción a partir del cual se desenvuelven e interactúan con el paciente, ese centro es el problema que presenta. Por lo que se requiere fortalecer la comunicación de los participantes de las diferentes disciplinas (medicina, psicología, enfermería, trabajo social, entre otros), ya que su formación teórica sobre el origen, mantenimiento y atención de las conductas mal adaptativas y de la condición obesa es distinta.

El trabajo conjunto puede llevarse a cabo bajo aproximaciones integrales. La de Morales-Enciso (2012) propone que:

La adaptación de los sistemas del cuerpo humano es posible gracias a dos principios, la diversificación (mediante ligeras mutaciones aleatorias) y a la retroalimentación que el sistema completo recibe de su medio... *“El comportamiento impredecible y difícil de describir exhibido por sistemas complejos nace de reglas simples que gobiernan a los elementos. La peculiaridad de estas reglas radica en la interacción, la retroalimentación y el intercambio de información que acontece entre los componentes del sistema a lo largo del espacio y tiempo y les permite así adaptarse, agregando cada vez mayor complejidad a nivel sistema sin que exista diseño alguno o conciencia de ello”* (pág. 4).

Para López-Navas et al. (2013):

...la construcción médica del fenómeno, que tiende a resaltar su configuración bio-cultural, vehiculada a través de

la referencia a procesos evolutivos y modernizadores que se yuxtaponen, y que desembocan mayoritariamente en la búsqueda de salidas individualizadoras como dietas, terapias, cirugías... Parece bastante claro que al abordar la obesidad y el sobrepeso, nos hallamos ante entidades biopsico-culturales bastante complejas, en las que se articulan, encabalgándose, chocando y también integrándose, las principales dimensiones de las formas de problematización que desde la modernidad han centralizado las preocupaciones sobre el ser humano como ente psicológico, apoyado en un soporte físico-biológico, y a su vez proyectado en la vida social. La particular configuración de la obesidad y el sobrepeso entendidos como problema, también de las principales soluciones expertas que se proponen, nos ofrece la posibilidad de apreciar toda una serie de paradojas que nos informan sobre la formulación de nuevas y viejas ideas, técnicas y estrategias de intervención sobre la realidad (pág. 1724).

El proceso terapéutico multidisciplinario conlleva una relación de equidad entre los integrantes del equipo terapéutico, cuyo centro es la problemática que presenta el paciente. La comprensión de su condición -problema, estado, salud, personalidad, desorden, entre otros-, es posible a través de la serie enrollada de sistemas de valores, percepciones y actitudes, que son cada una producto de su tiempo, condiciones y género.

Al inicio de la consulta, los terapeutas requieren conocer el estado inicial de la persona a través de indicadores como las que a continuación se describen:

- La condición psicológica del paciente al inicio y a través de las diferentes etapas de la atención.
- La percepción de la persona respecto a su condición: peso corporal, salud en particular y en general, grupos sociales, familia e imagen.
- Toma de decisiones para el cambio: capacidades, motivación, emociones, indicaciones profesionales, ambientales y emergentes.
- Las condiciones de salud del paciente.
- Los factores de riesgos modificables y no modificables.
- Relación paciente-terapeuta.
- Los objetivos y metas de tratamiento.

También pueden recurrir a las herramientas que les proporcionan los diversos marcos teóricos y paradigmas explicativos como:

Desarrollo en Espiral. Los cambios que se producen a lo largo de atención terapéutica tienen un encuadre y una dinámica. El encuadre permite establecer la condición bajo las cuales se va a llevar a cabo la atención. Los elementos que lo integran son: Espacio físico, tiempo de la atención, propósitos, objetivos (exploración, detección, evaluación, investigación, tareas y seguimiento), dirección de la información (paciente-terapeuta, terapeuta-paciente, terapeutas-caso, terapeuta-terapeuta), cierre y seguimiento.

El concepto de espiral se refiere al conjunto de actividades que parten de un centro y se van desplazando de él a su alrededor, dependiendo de dos valores: del ángulo del punto respecto al eje central y la distancia desde este punto al centro, situado en el vértice del ángulo (WEB, 2016). La dinámica contiene el desarrollo de la atención y los patrones en cada fase de la atención. Un

patrón generalizado es el espiral (Boehm, 1986), divididas por regiones. Cada una se compone de tareas de trabajo y su unión es el *conjunto de tareas*: que se adaptan a las características de la labor a emprender.

La representación se encuentra en la Figura 1 que contiene en A la localización de las tareas y B el plano en el cual se encuentran.

En base a Ballabriga & Carrascosa de 2001, Gussinyé-Canabal (2005), modifica la propuesta de tratamiento multidisciplinario y propone los siguientes principios generales:

- Prevención.
- Actividad física.
- Apoyo psico-afectivo.
- Modificación de los estilos de vida.
- Modificación de los hábitos nutricionales.

Los recursos multidisciplinarios que propone García-García en 2004 entre otros son: La evaluación inicial del paciente y elaboración de un diagnóstico médico, nutricional y psicológico-psiquiátrico; Propuestas de objetivos individualizados; Formación de redes de apoyo en el ámbito familiar y laboral; Prescripción de un programa de alimentación, un programa de ejercicio, fármacos para el tratamiento de la obesidad, fármacos para el tratamiento de comorbilidades; psicoterapias de distintos tipos y el establecimiento de un programa de seguimiento.

Para Gussinyé-Canabal (2005) sobre la atención de la obesidad infantil enfatiza:

Para el tratamiento de la obesidad infantil se hace cada vez más hincapié en aquellos tratamientos de prevención de la obesidad, que contemplan de una forma integral todas las áreas del tratamiento. Estos programas de prevención de obesidad fomentan la atención centrada en la salud en general en vez de centrada en el peso, de una forma holística focalizan hacia el niño en su totalidad en el área física, mental y socialmente. El énfasis se establece en vivir activamente, tener una alimentación normal y saludable y crear un ambiente nutritivo que ayude al niño a reconocer su propio entorno y que respete el aspecto alimentario-cultural y las tradiciones familiares. Se reconoce que la obesidad, los desórdenes alimentarios, la pérdida de

peso severa, las deficiencias nutricionales, la discriminación por peso y el desprecio o la insatisfacción con su cuerpo están todas interrelacionadas y es necesario atenderlas de manera integral y que no representen un riesgo a la salud (pág. 15).

En 2014, la Organización panamericana de la salud, propone en su objetivo general, emplear un enfoque multisectorial que abarque la totalidad del curso de vida, que se base en el modelo socio-ecológico de Pérez-Escamilla & Kac (2013), centrado en transformar el ambiente obesogénico por oportunidades para promover el consumo de alimentos más nutritivos e incremento en la actividad física.

Mientras que la atención clínica y social se establece por el equipo multidisciplinario por las disciplinas involucradas, en 2016, Córdoba-Villalobos señala:

El tratamiento de la obesidad requiere de una visión multidisciplinaria, dado que es una enfermedad compleja y multifactorial, en la que, si bien una parte importante es el balance entre la ingesta y el gasto de energía, existen otros factores que inciden, como los entornos, la disponibilidad de alimentos y sus tipos y la cultura de la alimentación. Todo ello aunado a factores como edad, sexo, etnicidad, programación fetal, genética, metabolismo, actividad física, entre otros; es decir, se conjugan los factores ambientales con la predisposición biológica (pág. 353)

Además de la prevención, se requiere fortalecer los programas de detección oportuna y atención, así como facilitar el acceso a los tratamientos médicos, endoscópicos y quirúrgicos, recordando que estos deben ser siempre multidisciplinarios (pág. 354)

Amanera de conclusión, todo el equipo multidisciplinario requiere el conocimiento sobre los alimentos:

- El sistema de equivalentes: composición promedio de los grupos de alimentos: El número de equivalentes varía de acuerdo a los requerimientos energéticos. Estos se calculan de acuerdo al peso deseable, la estatura, la edad, el sexo y la actividad física de la persona.
- La composición de la ingesta nutrimental recomendada.
- La estimación de los requerimientos energéticos diarios, según diversas condiciones de las personas.
- El plato del bien comer.

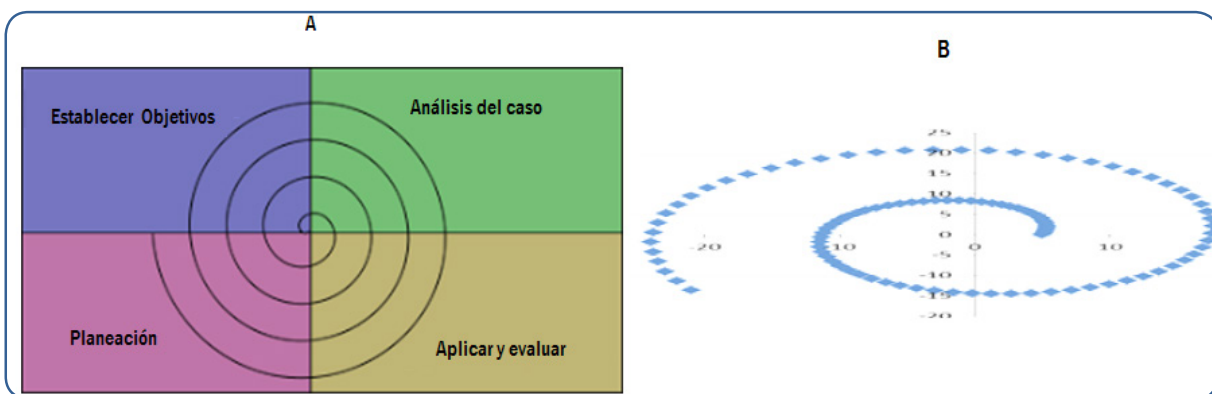


Figura 1: Diseños de representación en espiral. La parte A hace referencia a las fases de intervención. La parte B a la representación espacial de las fases de intervención a partir del centro de atención y extendiéndose a su alrededor conforme pasan las fases.

Además del conocimiento de las generalidades de las estrategias involucradas por cada disciplina, la consideración final es la siguiente:

Las complejas relaciones causales que dan origen a la obesidad, requieren igualmente de una respuesta compleja coordinada por el Estado, con un abordaje tran-sectorial y multidisciplinario, basada en la mejor evidencia científica y que se traduzca en beneficios para la población.

El plan de actividad física debe ser de tipo *multinivel* y con un *equipo y visión multidisciplinaria para atacar el problema*.

La prevención debe ser a todos los niveles del modelo ecológico del comportamiento y debe haber congruencia entre lo que se promueva en las aulas, las oficinas gubernamentales y con las facilidades de los entornos urbanos (Cervera et al., 2010, pág. 227)

REFERENCIAS

- Boehm, B. (1986). A spiral model of software development and enhancement. *ACM SIGSOFT Software Engineering*, 11(4), 14-24.
- Cervera, S.B., Campos-Nonato, I., Rojas, R. & Rivera, J. (2010). *Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención*. México, Academia Nacional de Medicina de México, AC.
- Córdova Villalobos, J.A. (2016). La obesidad: la verdadera pandemia del siglo xxi. *Cirugía y Cirujanos*, 84(5), 351 - 355.
- Cruz-Sánchez, M., Tuñón-Pablos, E., Villaseñor-Farías, M., Álvarez Gordillo, M.C. & Nigh-Nielsen, R.B. (2013). Sobre peso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad*, XXV (57), 165-202.
- García-García, E. (2004). ¿En qué consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4- S3), S148-S151.
- Gussinyé-Canabal, S. (2005). Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil "niñ@s en movimiento". España. U. de Barcelona. Tesis Doctoral.
- Morales-Enciso, S. (2012). ¿Que son las ciencias de la complejidad?. Francia. Disponible en: <http://www.mufm.fr/sites/mufm.univ-toulouse.fr/files/evenement/symposium/ponencias>.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 (2010). Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Disponible en DOF: 04/08/2010.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Disponible en DOF código=5259329.
- Pérez-Escamilla, R. & Kac, G. (2013). Childhood obesity prevention: a life-course framework. *International Journal of Obesity Supplements*, 3, S3 - S5.
- WEB: Definición de Espiral (2016). <https://es.wikipedia.org/wiki/Espiral>

**M.C.E.D. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO
DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING**



Fuente: Raquel del Socorro Guillén Riebeling.

2. F54 Factores psicológicos... [316]

Trastorno obsesivo-compulsivo: trastorno de acumulación relacionado: F42.3

*¡Tantas cosas por cambiar!
S. noviembre de 2016*

S. tenía por costumbre acumular cosas en su casa, como bolsas de plástico, cartón, botellas de vidrio, recipientes de material ligero, ropas, calzados y las envolturas de los regalos de Navidad, año tras año. Su familia cuando ocasionalmente sacaba a la basura algunos objetos acumulados, S. se molestaba muchísimo con ellos y se sentía mal emocionalmente. Por otra parte, S. mantenía inadecuados hábitos alimentarios: comía en diferentes horas, en diferentes cantidades y con bebidas azucaradas. Su peso corporal era de 145 kilos y una estatura de 153 centímetros. Su obesidad se calculó en percentil de 61 que corresponde a una obesidad mórbida y con grandes riesgos a su salud, incluyendo efectos nocivos en su calidad de vida.

S. refería en la entrevista:

Al mover las cosas dejadas en los días y años, me vuelvo a encontrar con lugares que conservan tantas cosas, con muebles que sostienen lo dejado. Espacios con cosas que se usaron hace tiempo: ropa, calzado, papeles, cosas así. Toda la casa ocupada, quieta e inmovilizada: Nada sale, todo entra. Cuando algo se mueve, parece que algo dentro de mí se mueve y me siento muy mal.

Al desarrollo del tratamiento, S. señaló:

Con mucha paciencia, atención y ¡Orden! se vaciaron los cuartos, los pasillos, entre esto o aquello, más allá y de por acá, que tantas cosas por modificar cambiaron que la casa Creció con más espacio y un olor a limpio que da gusto. Ahora mucho sale y poco entra, los muebles dejaron de ser lugares ocupados, dando lugar a la familia y a las cosas queridas.

El cuidado de la Salud de S. con tratamiento multidisciplinario, cognoscitivo-conductual e integral, tuvo como consecuencia la reducción de su índice de masa corporal a 36, mejora en su calidad de vida y en sus factores de riesgo.

El relato anterior, describe la condición corporal de una persona con obesidad mórbida y el ambiente donde vive. Es preciso aclarar que no todas las personas con conducta de acumulación presentan obesidad, ni todas las personas obesas son acumulativas.

¿Hay factores comunes en algunas personas con conductas acumulativa y la alimentarias, con la presencia de obesa exógena?

Los siguientes son procesos que coinciden en ambas conductas:

- 1. La inmovilidad:** En la acumulación, la conducta es dinámica cuando se dirigen a la obtención de cosas, posteriormente pasa a ser pasiva, las cosas se guardan o se quedan quietas. En la condición obesa exógena, ingresan al organismo los contenidos energéticos que se almacenan en depósitos grasos, se quedan quietos por la ausencia de intercambio energético con gasto o consumo de energía.
- 2. La personalidad:** la persona que presenta ambas condiciones es: pasiva, sedentaria, evitativa, dependiente, acumulativa, con orientación improductiva (Fromm, 2003).
- 3. Desorden psicológico:** Trastorno obsesivo-compulsivo; Trastorno por estrés postraumático o depresión.
- 4.** Las cogniciones inadecuadas y obsesivas.
- 5.** Las conductas mal adaptativas.

Características diferenciales del trastorno por acumulación con la obesidad:

Es de gran importancia diferenciar las conductas y cogniciones de los individuos para realizar una descripción diagnóstica de su condición, como en el caso de los obesos.

Por mucho tiempo se pensó que acaparar era sólo un mal hábito de la gente desordenada, indisciplinada o glotona (Chapman, 2016).

En el caso de S. se presentan dos grandes conductas problemáticas que se diferencian por su clasificación. Primero, la conducta acumulativa se caracteriza por los siguientes apartados:

- a) Es una entidad Diagnóstica: Trastorno de acumulación, relacionado al Trastorno Obsesivo-Compulsivo (DSM, V, 2016) cuyos criterios son:
 - Persistente dificultad para eliminar o separar de sus propias cosas, independientemente de su valor real. Esto se debe a una fuerte necesidad por conservar los bienes y evadir las molestias asociadas con la eliminación.
 - Los síntomas consecuentes de la acumulación por un gran número de bienes que el desorden progresivamente cubre (áreas de casa o el lugar de trabajo), al punto que su función original, es imposible.



www.taringa.net/posts/noticias/4950917/Quiere-ser-la-mujer-mas-gorda-del-mundo-y-come-para-serlo.html



atusaludenlinea.com/tag/sindrome-de-diogenes/

- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales u otras de funcionamiento (incluyendo el mantenimiento de un ambiente seguro para ellos y otros).
 - La acumulación no se deben a una condición médica general (daño cerebral u enfermedad cerebrovascular).
 - Los síntomas de acumulación no son atribuibles a otro trastorno mental.
- b) Evitación de experiencias propioceptivas, cognoscitivas y emocionales (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).
- c) La presencia del trastorno de acumulación tiene un origen diferente al de la conducta alimentaria: la reserva de comida es para posibles necesidades futuras no inmediatas.
- d) Su sentido de responsabilidad está orientado hacia los objetos no a su persona o imagen corporal.
- e) Se agravan paulatinamente los hábitos inadecuados en su segunda fase (Síndrome de Diógenes) (Gómez & Prieto, 2008).

Segundo, la obesidad es una enfermedad crónica con múltiples causas. Su etiopatogenia es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Entre los factores asociados se encuentran en el nivel social, cultural o psicológico, los cuales forman parte del patrón de ingesta. El patrón mal adaptativo puede ser el trastorno de la conducta alimentaria (Diagrama 1).

La conducta alimentaria de la persona obesa, muestra las siguientes características:

Relacionada con el Trastorno de Atracón:

1. Comer durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, en un intervalo de 2 horas), una cantidad de comida que es considerada definitivamente más abundante de lo que cualquier persona comería en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
2. Una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentir que no se puede parar de comer o que no hay control sobre la cantidad consumida).

Los episodios de atracones se asocian a 3 ó más de las siguientes características:

1. Comer mucho más rápido de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho (a).
3. Comer porciones muy grandes sin sentir sensación física de hambre.
4. Comer en solitario por sentir vergüenza de la cantidad consumida.
5. Sensación de disgusto consigo mismo (a), sensación de culpa después de comer.

Marcada incomodidad por los atracones.

El atracón ocurre, en promedio, al menos una vez a la semana por 3 meses.

El atracón no se asocia en forma regular a conductas de tipo compensatorias (por ejemplo: purgas, ayuno, ejercicio excesivo) y no ocurre exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa u otro trastorno evitativo/restrictivo.

La bulimia nerviosa F50.2. Los criterios son: Subtipo bulimia nerviosa no purgativa que corresponde ahora a la categoría de trastorno por atracón.

- Leve: de 1-3 episodios de conducta compensatoria a la semana.
- Moderada: entre 4 y 7 episodios de conducta compensatoria a la semana.
- Grave: entre 8 y 13 de episodios de conducta compensatoria a la semana.
- Extremo: 14 o más episodios de conducta compensatoria a la semana.

Con el Síndrome del Comedor Nocturno:

Los criterios son los siguientes:

1. Un consumo de un 50 por ciento de las calorías totales del día en forma posterior a la última comida.
2. Falta de apetito por las mañanas.
3. Despertares durante la noche tipo insomnio e ingesta nocturna.
4. Duración de al menos 3 meses.
5. No cumplir con criterios de bulimia nerviosa o síndrome del comedor por atracones.

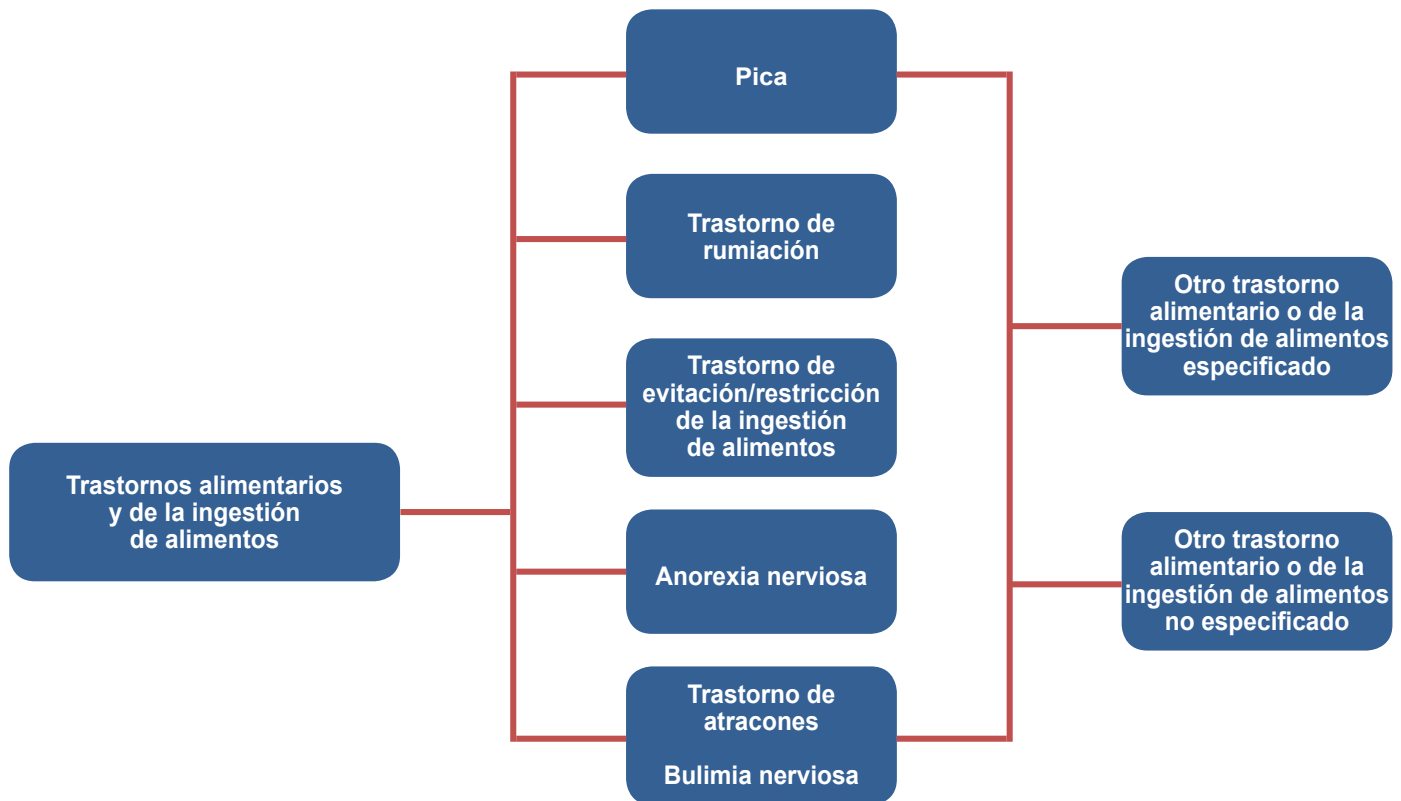


Diagrama 1: Esquema de los Trastornos de la Conducta Alimentaria basados en su quinta versión. La bulimia nerviosa es un subtipo del Trastorno por Atracón (A.P.A., 2013; Vázquez et al., 2015).

Con lo anterior, la obesidad mórbida contiene en su origen y mantenimiento, patrones cognoscitivos y conductuales, aprendidos y experimentados que pueden ser a su vez factores de riesgo modificables. De esta manera la persona puede recuperar su salud y calidad de vida.

Solo se encuentra una referencia sobre la acumulación de alimentos, hiperfagia, obsesión por la comida y la obesidad, en la obesidad endógena, en el Síndrome de Prader-Willi (Dykens, et al., 1996, Solà-Aznar & Giménez-Pérez, 2006).

REFERENCIAS

- *American Psychiatric Association* (2016). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) Quinta Edición: Suplemento, VA, EE.UU., APA Ed.
- Chapman, L. (2016) ¿Es usted un acaparador compulsivo? 5 signos que lo identifican. Disponible en: <http://www.rcinet.ca/es/2016/02/16/es-usted-un-acaparador-compulsivo-5->

signos-que-lo-identifican.

- Dykens, E.M., Leckman, J.F. & Cassidy, S.B. (1996). Obsessions and compulsions in Prader-Willi syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*, 37, 995-1002.
- Fromm, E. (2003). Ética y psicoanálisis, México, F.C.E.
- Gómez, I. & Prieto, F. (2008). Formas clínicas del síndrome de Diógenes. A propósito de tres casos. *Psiquiatría Biológica*, 15 (3), 97-9.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guildford Press.
- Larrañaga, A. & García-Mayor, R.V. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutr Hosp*, 24(6), 661-666.
- Solà-Aznar, J. & Giménez-Pérez, G. (2006). Abordaje integral del síndrome de Prader-Willi en la edad adulta. *Endocrinol Nutr*, 53(3), 181-189.
- Stunkard, A.J. (2002). *Eating Disorders an obesity a Comprehensive Handbook*. New York: Guilford press.

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING

3. Acérquese... ricos tamales

Índice de masa corporal (IMC)

Es importante que las personas conozcan su índice de masa corporal (IMC) a través de sencillas indicaciones. La siguiente información, permite al lector encontrar, paso a paso su IMC, su clasificación, el riesgo del sobrepeso y dónde acudir en caso de atención multidisciplinaria en la Ciudad de México y en el recinto universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México: en la Facultad de Estudios Superiores, Zaragoza, campus 1, Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza y en la Dirección General de Orientación y Atención Educativa, campus Ciudad Universitaria.

Conoce tu Índice de Masa Corporal o IMC

Sigue los pasos de la fórmula $P \div E \times E = IMC^*$

Paso 1: Tu talla o estatura (E) multiplícala por si misma.

Paso 2: Tu peso corporal (P) divídelo sobre el resultado obtenido del paso 1.

Paso 3: Del paso 2 obtendrás un número o percentila o índice de masa corporal (IMC).

Ejemplo:

$$\frac{1.60 \times 1.60 = 2.56}{\text{Talla o Estatura}} \quad \frac{75}{\text{Peso corporal}} \quad \frac{75 \div 2.56}{\text{IMC}} = \frac{29.29}{\text{IMC}}$$

Escribe:

$$\frac{\quad}{\text{Talla o Estatura}} \times \frac{\quad}{\text{Peso corporal}} = \frac{\quad}{\text{IMC}}$$

¿Dónde está clasificado tu IMC?*

Mujeres				
Edad en años	Bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
17	< 16.4	21.0	> 24.5	>29.3
18	< 16.4	21.3	> 24.5	>29.3
Adultas	< 18.5	18.5–24.9	26–29.9	30 >
Hombres				
Edad en años	Bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
17	< 16.9	21.1	> 24.3	>28.6
18	< 17.3	21.7	> 24.9	>29.2
Adultos	< 18.5	18.5–24.9	26–29.9	30 >

* Organización Mundial de la Salud (2007), Ginebra.

** Fuente: Cartilla Nacional de Salud (2014). Gobierno de la República, México: Disponible en http://www.pediatría.gob.mx/transfocal_cartilladores.pdf

Sabías qué...

El aumento de peso corporal te puede conducir a importantes riesgos a tu salud***:

- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedades Cardiovasculares
- Enfermedades Renales
- Hipertensión Arterial
- Factores psicológicos asociados como:
 - Depresión, Atracción o Estrés

El cambio en el estilo de vida*, con pérdida moderada de peso corporal, favorece la recuperación de la Salud Integral: Reduce los factores de riesgo y aumenta la esperanza de vida**

Para Información adicional, acuda al Servicio Social:

Obesidad, Salud y Emociones: con perspectiva cognitivo-conductual: 2017

Responsables: M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo
Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling

*** Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena (2012). México, Secretaría de Salud.

**** Treat Obesity Seriously (2016). Obesity Society.

M.C.E.D. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO

4. Como, luego existo

Consumo de chiles y obesidad

Ahora es cuando chile verde, le has de dar sabor al caldo.

Refrán popular mexicano

Cuando se habla de la cultura de un país, se está haciendo referencia a conductas, hábitos, costumbres y símbolos sociales, que son adquiridos y transmitidos de una generación a otras. En el caso específico de la comida los hábitos y costumbres permiten darle forma a un sistema alimentario (García, 2012), dicho sistema tiene como objetivo la satisfacción de los aspectos relacionados con la alimentación, desde la producción, la comercialización, los usos e incluso la forma y el contexto en el que se comparten los alimentos forman parte de este sistema, el cual a su vez permite la conformación de dietas específicas considerando la región geográfica. Los seres humanos son la única especie que no solo piensa si no que también habla acerca de sus alimentos, que establecen normas y reglas referente a lo que come, el modo de preparación, las formas de consumirlo, además de elegir con quien o quienes y donde degustar un platillo (Maury, 2010).

En el caso de México, sin duda la selección y el consumo de los alimentos se ha modificado en los recientes 25 años. Las razones de estos cambios son muy variadas, como pueden ser el precio o su acceso por los mecanismos de distribución. Cualquiera que estos sean, sin lugar a dudas el maíz, el frijol y el chile, siguen formando parte de la nutrición básica de la cultura alimentaria mexicana desde su origen prehispánico. Este último producto aborda este artículo.

Más viejo que el chile:

La característica principal del chile es que es un fruto, no una verdura como comúnmente se le conoce (SAGDRPyA, 2016). Es el alimento que más interrogantes provoca sobre su consumo a los extranjeros quienes no se explican que el chile esté incluido en dulces típicos mexicanos, o a los connacionales que expresan su admiración y a la vez disgusto ya que considera que su consumo es emocional y psicopatológico: solo para aquellos que *les gusta sufrir* -dolor y masoquismo-.

¿Qué se encuentra en el consumo de este fruto?

El efecto es la percepción de ardor en su consumo es el picante a través de los nociceptores al dolor, los polimodales los cuales pueden ser estimulados por presión fuerte, la temperatura y por la química. Cuando se lleva a cabo la masticación de estos alimentos el resultado es la liberación de moléculas, como la capsaicina, la piperina y la alicina, que activan químicamente estas terminaciones nerviosas situadas en la lengua. El picante entonces no es un sabor sino una sensación de dolor frente a la cual el organismo reacciona liberando sustancias de endorfina y serotonina, lo que finalmente puede causar una sensación de

placer (San Mauro et al., 2016). El efecto que tiene la capsaicina en los receptores neuronales es la liberación de sustancias opioides por su efecto al disminuir la intensidad de las señales de dolor que llegan al sistema nervioso central y su efecto tranquilizador, también llamadas endorfinas (Long, 2008, en Castellón et al., 2012).

La comida picante o el consumo de chile entonces es asociado al hedonismo y a los efectos benéficos en la salud del individuo. Se encuentran implicados diversos factores en su consumo como el genéticos, fisiológicos, psicológicos y evidentemente los factores socioculturales (San Mauro, et al., 2016). Como parte de lo que constituye los factores socioculturales se encuentran asociadas las creencias acerca de la comida. Estas creencias se pueden considerar el reflejo del significado que se le da a la comida en cuanto a características, ya sean positivas o negativas como si esta es atractiva, amenazante, saludable, aburrida además de asociarla a con la culpa, el bienestar, la salud, el éxito, el placer, la gratificación o con celebraciones. Atendiendo a estos factores y teniendo en cuenta que el consumo sucesivo de chile provoca una descarga mayor de endorfinas, lo que da como resultado que el consumo de chile resulte más placentero que el dolor que cause (Long, 2008, en Castellón, Chávez, Carrillo y Vera, 2012).

Las comidas con chile promueven la buena digestión, aumentan la producción de saliva y jugos gástricos. La capsaicina forma una corteza en la pared abdominal que la protege de daños producidos por los ácidos y el alcohol (Feria Ciencia UNAM, 2015).

De acuerdo a Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (2016), el chile es uno de los ocho cultivos con mayor valor generado en la agricultura del país nacional, con un volumen de producción promedio de 2.2 millones de toneladas y del cual se exportan alrededor de 900 mil toneladas ya sea del producto frescos, secos o en preparaciones. A nivel internacional México, es el segundo productor de chiles:

El chile es un producto natural de la región tropical de América. En México hay una extensa variedad de chiles, alrededor 40 especies, entre los más comunes son: el jalapeño, güero, chiltepín, poblano, serrano, pasilla, morita, manzano, chipotle, piquín, mulato, chile-ancho, mirasol, chilaca, cuaresmeño, tornachile, de árbol, cascabel, chile de Chiapas, morita y tabasco (Feria Ciencia, UNAM, 2015).

Algunos de las variedades de chiles que más se utilizan en la preparación de comidas en México son (Moreno, 2013):

- Mirasol o puya, nombre del producto en seco, guajillo o cascabel.
- Jalapeño o cuaresmeño, nombre del producto en seco, chipotle.
- Poblano, nombre del producto en seco, ancho o mulato.
- Chile de árbol, nombre del producto en seco, chile de árbol.
- Chilaca, nombre del producto en seco, pasilla.
- Güero, nombre del producto en seco, chilhuacle.
- Serrano.
- Habanero.



Fuente: El Universal junio 21, 2016.
www.eluniversal.com.mx/articulo/ciencia-y-salud/ciencia/2016/06/21/el-chile-habanero-y-sus-propiedades

Incluso en la actualidad en la industria se está utilizando este fruto extrayendo de él la capsantina, que es la sustancia que les da el color a los chiles, para la avicultura integrado en la comida de las gallinas logrando que tanto en la yema de los huevos y la piel del pollo se torne más amarilla; en el caso de los chiles deshidratados se extrae oleoresina sustancia utilizada para la preparación de carnes frías y embutidos, como un componente en las pinturas marinas, como repelente en la agricultura, en el ámbito tabacalero para la mejora de las mezclas de tabaco, en la industria farmacéutica es utilizado como estimulante, en la cosmética para pigmentos de labiales y polvos faciales e incluso es utilizado en la fabricación de aerosoles defensivos.

El chile en México es también considerado un símbolo de identidad nacional, es el sabor que une a la familia, ciertas son las palabras de Román, Ojeda y Panduro (2013), quienes afirman que en una mesa, ningún platillo estaría completo sin una salsa a base de chile con el característico sabor del tomate y/o jitomate, es el sabor rico de lo que se come y es el cultivo que aún prevalece en el territorio nacional, un elemento esencial de la cultura mexicana.

El valor nutricional de este fruto es diverso, por ejemplo es rico en vitaminas C y cantidades significativas de vitamina E, P y B, es alto en concentración de ácido ascórbico, en su versión en seco vitamina A y algunos minerales (Maury, 2010). Es tanta la influencia que este fruto ha tenido en el acompañamiento de la comida, y considerado como parte fundamental de la comida mexicana, este fruto, condimento y alimento, se hace

presente no solo en comidas formales o caseras, sino también en comidas con alto contenido calórico, abundantes en grasas, sal y azúcares y muy deficientes en vitaminas, minerales y fibra, lo que contribuye al aumento del sobrepeso y obesidad en quien los consumen. Los niños son los más susceptibles a la publicidad o proposición intensiva de estos productos, por ello es importante la supervisión por parte de los padres o cuidadores para la elección de alimentos saludables de lactantes y niños pequeños, es decir, establecer preferencias de alimentación equilibra desde temprana en la vida, ya que otro factor que contribuye a esta condición de peso en menores son ciertas pautas culturales muy arraigadas, como la creencia de que un bebé gordo es un bebé sano, lo que puede influir en la sobrealimentación de los niños por parte de la familia.

Adquiere mayor relevancia el cuidado en el consumo de alimentos para una dieta equilibrada, cuando se considera que los niños obesos tienen más probabilidades de desarrollar una serie de problemas de salud en la edad adulta. Entre los que se encuentran (WHO, 2017):

- Cardiopatías.
- Resistencia a la insulina (considerado como signo temprano de diabetes inminente).
- Trastornos osteomusculares (especialmente artrosis, enfermedad degenerativa que afecta las articulaciones muy incapacitante).
- Algunos tipos de cáncer (endometrio, mama y colon).

Considerando también que se presentan dificultades en aspectos psicológicos como:

Autoestima, los niños con sobrepeso u obesos tienden a considerarse con menos capacidades y habilidades a diferencia de los demás. Tiende a focalizarse a atención en sus aspectos negativos sin fijan en las cualidades, construyendo un autoconcepto pobre.

Inseguridad, en las situaciones sociales: los niños se sienten inseguros a la hora de tener que relacionarse con otros, sobre todo con sus iguales, que suelen someterles a bromas por su exceso de peso.

Imagen corporal, construyen al tipo de autoconcepto y a la condición física autopercibida y la social que van a ser aceptados o rechazados. Esto puede llevar al niño a desarrollar emociones negativas y comportamientos maladaptativos (Web, Guía de Obesidad, 2017).

Sin duda el ámbito social actual que es cada vez más urbanizado y digitalizado, ofrece menos posibilidades para la actividad física a través de juegos físicos saludables, por lo que los menores se vuelven menos activos físicamente, lo que los predispone a tener cada vez más sobrepeso, por ello la importancia de mantener una vida lo más activa posible, de transmitir hábitos de vida saludables.

El Chile ayuda a mejorar la salud y a disminuir el índice de masa corporal de sobrepeso y obesidad, a través del efecto de la capsaicina (Figura 1), componente químico que da el picor a los chiles, localizado principalmente en sus venas.

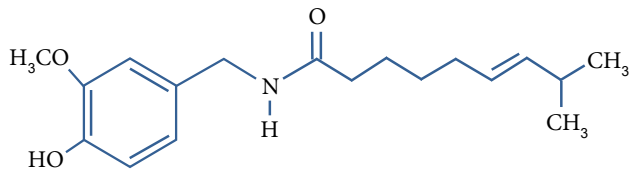


Figura 1: Estructura química de la capsina de acuerdo con Curry et al., 1999.

Según el Instituto de Nutrición y Salud "Kellogg's": el efecto de Chile sobre el apetito, metabolismo del gasto energético y en la masa grasa.



Fuente: <http://www.launion.com.mx/blogs/vida-y-estilo/noticias/91346-beneficio-de-la-comida-picante.html>. 24 de junio de 2016

A continuación se muestra una selección de artículos que abordan la relación de esta sustancia con la obesidad:

- Curry, J., Aluru, M., Mendoza, M., Nevarez, J., Melendrez, M., O'Connell, M.A. (1999). Transcripts for possible capsaicinoid biosynthetic genes are differentially accumulated in pungent and non-pungent *Capsicum*. *Plant Sci*, 148, 47–57.
- Fattori, F., Hohmann, M.S.N., Rossaneis, A.C, Pinho-Ribeiro, F.A. & Verri, W.A. (2016). Capsaicin: Current Understanding of Its Mechanisms and Therapy of Pain and Other Pre-Clinical and Clinical Uses. *Molecules*, 21(7), 844, 1-33.
- Kang, J.H, Goto, T, Han, I.S., Kawada, T., Kim, Y.M. & Yu, R. (2010). Dietary capsaicin reduces obesity-induced insulin resistance and hepatic steatosis in obese mice fed a high-fat diet. *Obesity*, 18(4), 780-787.
- Leung, F.W.(2014). Capsaicin as an anti-obesity drug. *Prog Drug Res*, 68, 171-179.
- Varghese, S., Kubatka, P., Rodrigo, L., Gazdikova, K., Caprnda, M., Fedotova, J.Zulli, A., Kruzliak, P. & Büsselberg, D.(2016). Chili pepper as a body weight-loss food. *Int. J. Food Sci. Nutr*, 1-10.
- Zsiborás, C., Mátics, R., Hegyi, P., Balaskó, M., Pétervári, E., Szabó, I., Sarlós, P., Mikó, A., Tenk, J., Rostás, I., Pécsi, D.,

Garami, A., Rumbus, Z., Huszár, O. & Solymár, M. (2016). Capsaicin and capsiate could be appropriate agents for treatment of obesity: a meta-analysis of human studies. *Critical Reviews In Food Science And Nutrition*, version posted online: 21 Dec 2016.

La cultura alimentaria mexicana está muy relacionada con el consumo de chiles, más que el picor, con el sabor que se extrae de ellos (chiles poblanos, morita o habaneros, entre otros) y permea los alimentos, dándoles su peculiar sabor.

A manera de conclusión, se recomienda el consumo moderado de chiles en diferentes preparaciones: salsas o guisos.

REFERENCIAS

- Castellón Martínez, E., Chávez-Servia, J. L., Carrillo Rodríguez, J.C. & Vera Guzmán, A.M. (2012). Preferencias de consumo de chiles (*Capsicum annum* L.) nativos en los valles centrales de Oaxaca, México. *Rev. Fitotec. Mex.*, 35(5), 27-35. Disponible en http://www.revistafitotecniamexicana.org/documentos/35-3_Especial_5/5a.pdf
- García Urigüen, P. (2012). La alimentación de los mexicanos. Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios. Canacitra: México.
- Guía de Obesidad (2017). Obesidad infantil. Disponible en <http://www.guiaobesidad.com/causas-obesidad>
- Maury Sintjago, E.A. (2010). Ritos de comensalidad y espacialidad. Un análisis antropológico de la alimentación. *Gazeta de Antropología*, 26(2), 1-12. Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/6779>
- Moreno Rojas, K. (2013). Chiles y salsas en México. Un sabor a identidad. Disponible en <http://www.inah.gob.mx/es/reportajes/597-chiles-y-salsas-en-mexico-un-sabor-a-identidad>
- Organización Mundial de la Salud (WHO, 2017). Datos y cifras sobre obesidad infantil. Disponible en <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Román, S., Ojeda, C. & Panduro, A. (2013). Genética y evolución de la alimentación de la población en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 21(1), 42-51. Disponible en <http://www.medigraphic.org.mx>
- San Mauro Martín, I., Mendive Dubourdieu, P., Paredes Barato, V. & Garicano Vilar, E. (2016). Programación nutricional del gusto y la tolerancia al picante. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 923-929. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309246480024>
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (2016). Blog. Última actualización, 25 de julio 2016. Disponible en <http://www.gob.mx/sagarpa/articulos/produccion-del-chile-mexicano>
- Lecturas Recomendadas.
- <http://www.guiaobesidad.com/causas-obesidad>
- <http://www.psicologicamentehablando.com/los-efectos-psicologicos-en-el-nino-obeso/>
- <http://www.feriadelasciencias.unam.mx/antiores/feria15/chile.pdf>

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS

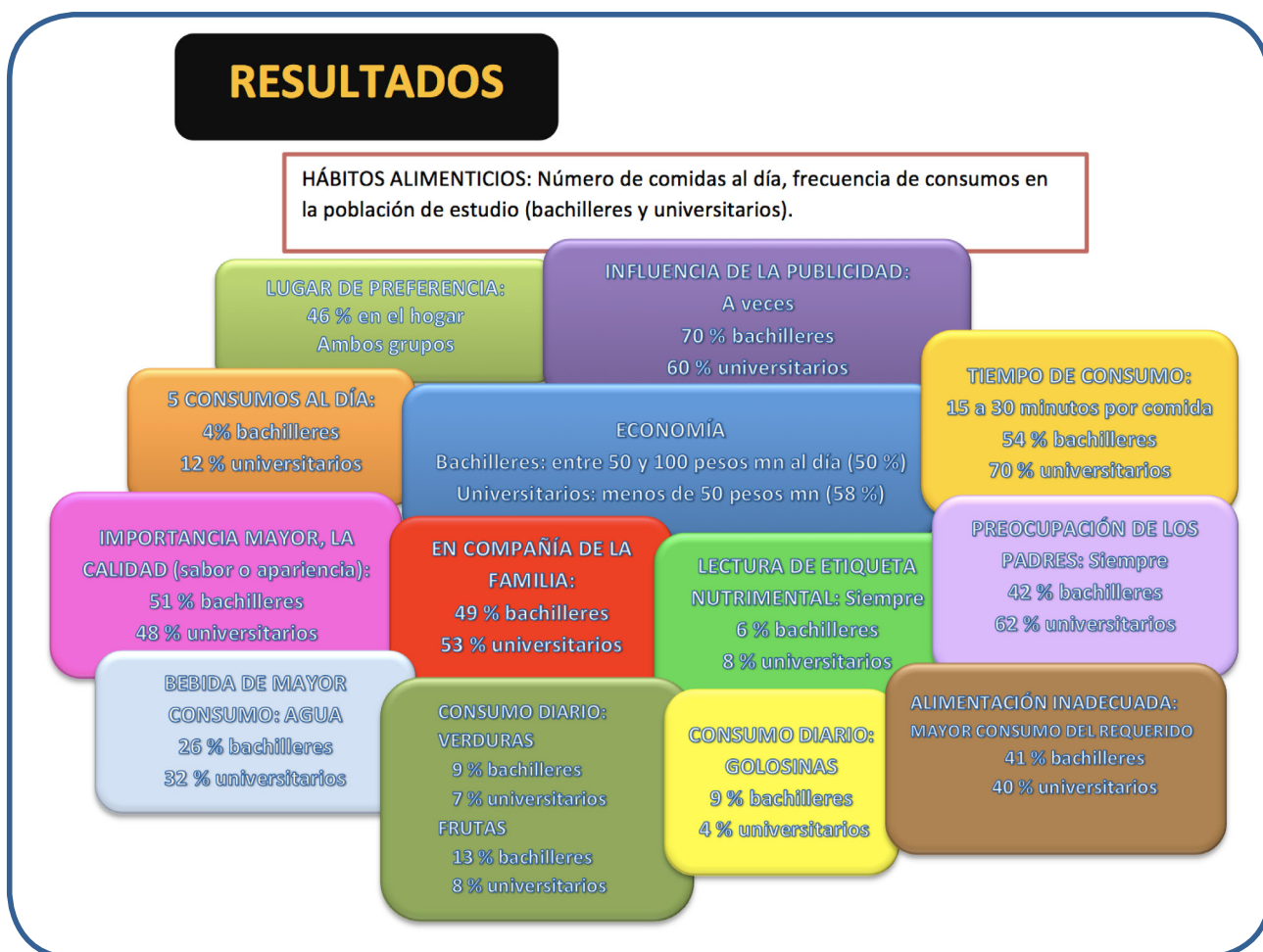
5. Colaboraciones

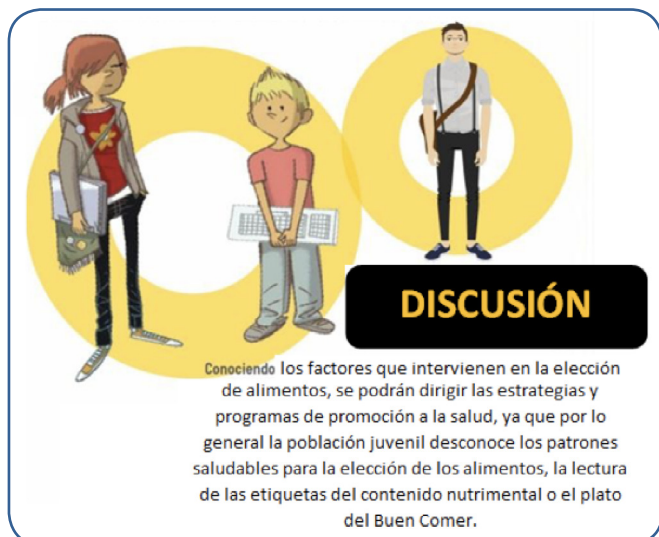
¿Cuáles son los hábitos alimenticios de jóvenes universitarios y cuál es su relación con el sobrepeso? (Segunda parte)

En la segunda parte de este trabajo se desarrollan los resultados, discusión y conclusiones.

Se configuró un cuestionario el cual consistió en una serie de preguntas guiadas a conocer acerca de hábitos alimenticios de la población estudiantil, como: número de total de comidas realizadas en el día, el tiempo y lugar de elección de estas, así como la frecuencia del consumo de cada grupo de alimentos. La muestra

consistió en estudiantes de nivel medio superior, del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Oriente y de estudiantes del nivel superior de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la carrera de Psicología. La muestra fue de 50 alumnos para cada nivel, de los cuales 25 fueron del sexo femenino y 25 del sexo masculino. Se analizó la información y se presentó en dos congresos. El primer trabajo llevó el nombre de “¿Cuáles son los hábitos de jóvenes mexicanos y su relación con el sobrepeso?”



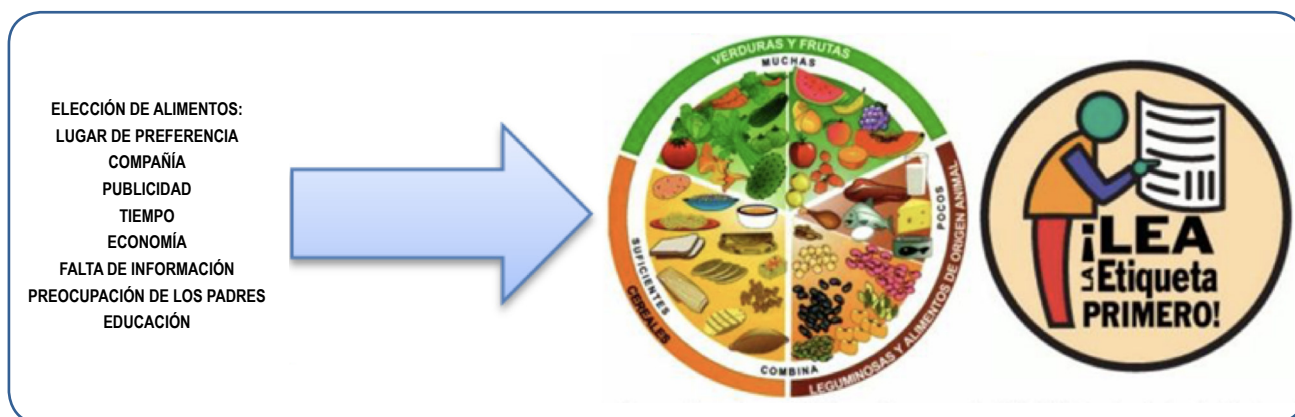


DISCUSIÓN

Conociendo los factores que intervienen en la elección de alimentos, se podrán dirigir las estrategias y programas de promoción a la salud, ya que por lo general la población juvenil desconoce los patrones saludables para la elección de los alimentos, la lectura de las etiquetas del contenido nutrimental o el plato del Buen Comer.

CONCLUSIONES

La población estudiantil universitaria sabe lo que consume: más alimentos de los requeridos, teniendo un 41 % los de bachillerato y el 40 % los de licenciatura. A pesar de conocer este exceso en el consumo de alimentos -que se traduce en hábitos inadecuados de consumo-, el 40 por ciento de los encuestados del bachillerato y el 34 por ciento de licenciatura, se sienten satisfechos con sus hábitos dietéticos por lo que no consideran cambiar su tipo de alimentación. Conociendo los factores que intervienen en la elección de los alimentos, se podrán diseñar los programas de atención multidisciplinarios cuyo objetivo sea mejorar la calidad y el estilo de vida de la población, así como la prevención de trastornos de la alimentación y las condiciones anómalas reflejadas en el índice de masa corporal extremo (bajo peso u obesidad).



REFERENCIAS

- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza, A. & Rivera-Dommarco, J.A. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Pública de México*, 55(2), 5151-5160.
- Castañeda-Sánchez, O., Rocha-Díaz, J.C. & Ramos-Aispuro, M.G. (2008). Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(1), 7-11.
- García Urigüen, P. (2012). La alimentación de los mexicanos. Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios (1a ed.). México: Cuidado Editorial.

M.P.S.S. PAOLA OZCEVELY MATA RODRÍGUEZ,
M.C.E.D. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO

6. Próximas reuniones científicas



Universidad Nacional
Autónoma de México

agenda
Digital UNAM

www.eventos.unam.mx/index.html?id=8441

Seminario de Titulación, Emociones y Obesidad




Descripción: Coordinado por la Dra. en psicología Raquel del Socorro Guillen Riebeling este seminario con opción a titulación pretende mostrar a sus participantes los factores emocionales asociados al índice de masa corporal en niños, adolescentes y niños.

Categoría: Seminario

Dependencia: Facultad de Estudios Superiores FES Zaragoza

Contacto: E-mail: raqso@unam.mx
Página Web

Comienza: 09 de Enero del 2017

Termina: 22 de Marzo del 2017

Horario: 13:00 a 19:30 hrs.

CUARTO
Simposio de

OBESIDAD INFANTIL

DIRIGIDO A ESTUDIANTES Y ESPECIALISTAS
EN NUTRICIÓN, MÉDICOS GENERALES Y PEDIATRAS
Director de Curso: Dr. Salvador García Velasco
Coordinador: Lic. N.C. Xorge Mirón



**ABRIL 27-28
2017**

SEDE HOSPITAL ÁNGELES PEDREGAL

www.smhap.org



**II CONGRESO DE
OBESIDAD**
Y COMPLICACIONES METABÓLICAS

**XIII CONGRESO SEEDO
XIX CONGRESO SECO
Y DE LA SECCIÓN DE OBESIDAD DE LA AEC**

www.seco-seedo2017.es/index.php/bienvenida

SEVILLA 15 / 17 MARZO 2017
HOTEL BARCELÓ RENACIMIENTO
ISLA DE LA CARTUJA



24th European Congress on Obesity | May 17-20, Porto



**XVIII
CONGRESO INTERNACIONAL
DE CIRUGÍA PARA LA
OBESIDAD
Y ENFERMEDADES
METABÓLICAS**

CMCOEM

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
13 al 16 de julio 2016

COLEGIO MEXICANO DE CIRUGÍA PARA LA OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS, A.C.
www.cmcoem.org.mx

XVIII Congreso Internacional de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas 2017

Inicia :	13 de julio de 2017
Finaliza:	16 de julio de 2017
Área:	Medicina Nutricional, Obesidad y Trastornos Alimentarios - Cirugía Bariátrica y Metabólica
País:	México
Ciudad:	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Asociación:	CMCOEM - Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas
Uri fuente:	http://www.cmcoem.org.mx/xviii-congreso-internacional-de-cirugia-para-la-obesidad-y-enfermedades-metabolicas/



**ECO
2017**
24th
European Congress
on Obesity

May 17-20 2017
Porto, Portugal

eco2017.easo.org

ISSN 2007-5502



Normas de publicación

La Editora y el Consejo Editorial invitan a los autores a publicar en Psic-Obesidad y presentan las Normas de Publicaciones actualizadas.

Psic-Obesidad con ISSN: 2007-5502, es una Revista Electrónica con difusión vía red de cómputo, trimestral de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Resultado de la Línea de investigación: Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual (LI-FESZ-170909). Se destacan los aspectos psicológicos y socioculturales en torno a las enfermedades crónico degenerativas, particularmente la Obesidad. Puede ser consultada por académicos, alumnos, integrantes de asociaciones profesionales y por el público en general.

Los trabajos para ser publicados requieren ser novedosos e inéditos, no habrán sido presentados ni total ni parcialmente para su publicación ni para su evaluación en otra revista o medio de difusión. Pueden tratar de artículos acerca de:

1. Aspectos socioculturales relacionados a la alimentación.
2. Colaboraciones e información sobre reuniones científicas.
3. Investigaciones que abarquen aspectos psicológicos asociados a la obesidad y a la persona obesa: datos epidemiológicos, análisis y discusiones, informes de casos clínicos.
4. Propuestas para apoyar las estrategias dirigidas al fortalecimiento de conductas alimentarias sanas.
5. Reseñas de artículos o libros.

En su contenido y estructura deberá adecuarse a las normas de la American Psychological Association (APA), en su edición más reciente.

FORMATOS

- a) Los artículos deben presentarse en procesador de textos Word, en fuente tipo Times New Roman y a 12 puntos de tamaño, a doble espacio y con 3x3 cm de márgenes, con alineación a la izquierda.
- b) Título del artículo: máximo 15 palabras en idiomas español e inglés.
- c) Nombre (s) de (los) autor(es), filiación institucional, correo electrónico
- d) Resumen en español y en inglés, máximo 300 palabras.
- e) Cinco palabras clave.
- f) Máximo de 10 páginas, incluyendo gráficas, tablas y bibliografía. Los márgenes izquierdo y derecho medirán dos centímetros y medio.

- g) Los trabajos de investigación incluyen: introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas.
- h) Los trabajos de ensayo, reseña bibliográfica comentada o revisiones incluyen: título, subtítulos y apartados, dependiendo del contenido y referencias bibliográficas.
- i) Si el autor incluye en su trabajo figuras pertenecientes a otros, deberá adjuntar los comprobantes de los permisos para su presentación.
- j) Información de otros autores deberá ser citada y la información de la fuente incluirla en las referencias.

Pueden enviarse por correo electrónico: boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx o entregarse personalmente con la Editora Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling.

ARBITRAJE

Recibido el trabajo, será comunicada su recepción por la Editora quien se encargará junto con su equipo de colaboradores, de realizar la primera revisión para examinar la pertinencia como el cumplimiento de las pautas de presentación. Se considerará la originalidad, consistencia temática, aporte al desarrollo o conocimiento del tema y al avance del área de la Psicología a la que pertenece. La calidad de los artículos será evaluada de manera anónima por dos árbitros. En caso de desacuerdo entre los evaluadores se asignará un tercer árbitro para la revisión y dictamen.

El proceso de arbitraje se realizará bajo la modalidad del doble ciego, es decir, los autores desconocen la identidad de los árbitros y los árbitros desconocen la identidad de los autores. El Consejo Editorial se reserva el derecho de realizar la corrección de estilo y los ajustes que considere necesarios para mejorar la presentación del trabajo sin que el contenido se vea afectado.

El resultado del proceso de evaluación podrá ser:

- a) Que se publique sin cambios.
- b) Que se publique con los cambios sugeridos.
- c) Que se realicen cambios sustanciales por el autor o los autores, posteriormente sea sometido a una nueva evaluación.
- d) Que no se publique.

El dictamen de los artículos será informado, vía correo electrónico a los autores quienes recibirán el artículo con las observaciones indicadas y el formato de evaluación con el dictamen. Los trabajos aceptados, luego de recibir la revisión del corrector idiomático, se remiten a sus autores para que expresen su conformidad para su publicación.