



Psic-Obesidad

Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual

ISSN: 2007-5502



Volumen 5, Número 20

Octubre - Diciembre de 2015

N.R. 04-2010-100813543100-203

www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

Contenido	
Editorial	
1. Trabajos de difusión en investigación <i>Adolescentes que la padecen diabetes mellitus: impacto psicológico</i> Lic. Ana Rosa Rangel Rojas	3
2. F54 Factores psicológicos ... [316] <i>Trastornos de la alimentación y ansiedad</i> Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling	9
3. Acérquese... ricos tamales <i>Pero... ¡Si estoy a Dieta!</i> Lic. Maricruz Morales Salinas	18
4. Como, luego existo <i>Cuatro pilares en la prevención de la obesidad y el sobrepeso: Las emociones</i> M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo	21
5. Colaboraciones <i>Obesidad y Emociones: publicaciones 2015</i> Lic. María del Socorro García Villegas	23
Normas de Publicación	27
6. Próximas reuniones científicas	28

Editorial

En México la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) en comparación con otros países de la OCDE, mantiene su prevalencia, mientras que la Diabetes aumenta con rapidez

En la segunda mitad de 2015, el problema de la Obesidad en México (y en el mundo) avanza de manera lenta y silenciosa, como buena enfermedad crónica y subclínica. Su condición subclínica, se deja ver en pocas señales que la mayoría de las veces pasan desapercibidas. Hasta que algún día de forma abierta, se presentan las alteraciones clínicas que se venían provocando y con ellas las consecuencias a la salud del individuo, muchas veces irreversibles. ¿Qué está sucediendo?: *Menos personas están muriendo de accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos, pero el aumento en los niveles de obesidad y diabetes, particularmente entre los jóvenes, pueden causar que las tasas de mortandad aumenten (1).*

En 2015 cerca de 85 millones de personas son diabéticas -en los países de la OCDE-, y de estas el siete por ciento son adultas de 20 a 79 años de edad. El 17 de junio de 2015, señala la OCDE: *El aumento de la diabetes y la obesidad es una amenaza para los avances en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares... (2).*

DIRECTORIOUNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICODr. Enrique Graue Wiechers
RectorDr. Leonardo Lomeli Vanegas
Secretario GeneralIng. Leopoldo Silva Gutiérrez
Secretario AdministrativoDr. Alberto Ken Oyama Nakagawa
Secretario de Desarrollo InstitucionalDr. César Iván Astudillo Reyes
Secretario de Servicios a la ComunidadDra. Mónica González Contró
Abogada GeneralDr. Héctor Hiram Hernández Bringas
Coordinador de Planeación, Presupuestación y EvaluaciónDra. Estela Morales Campos
Coordinadora de HumanidadesDr. Carlos Arámburo de la Hoz
Coordinador de la Investigación CientíficaDra. María Teresa Uriarte Castañeda
Coordinadora de Difusión CulturalLic. Renato Dávalos López
Director General de Comunicación Social**DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA**DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
DirectorDR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD
Secretario GeneralDRA. ROSALINDA ESCALANTE PLIEGO
Secretaria de Integración, Promoción y Desarrollo
AcadémicoM. EN C. FAUSTINO LÓPEZ BARRERA
Secretario de PlaneaciónLIC. SERGIO SILVA SALGADO
Secretario AdministrativoDR. EDELMIRO SANTIAGO OSORIO
Jefe de la División de Posgrado e InvestigaciónDRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
Coordinadora de Trayectoria Escolar de las Ciencias de la
Salud y del ComportamientoDRA. BERTHA RAMOS DEL RIO
Jefa de la Carrera de PsicologíaMTRO. 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. ELIAS GUZMÁN FERNÁNDEZ

Equipo de colaboradores

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

LIC. ANA ROSA RANGEL ROJAS

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS

LIC. MARÍA DEL SOCORRO GARCÍA VILLEGAS

Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

Correos electrónicos:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

raquelguillen2010@gmail.com

La OCDE propone en 2015 a los gobiernos cinco estrategias:

1. Intervenir de manera importante en el fomento de los **Estilos de Vida** más saludables, con el fin de reducir las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular a través de políticas públicas contra el consumo de tabaco han demostrado su eficacia, al igual que las iniciativas para reducir el consumo de sal y combatir la obesidad.
2. Garantizar que la atención primaria sea financieramente accesible para todos, y que la brecha entre los cuidados médicos recomendados y los provistos sea pequeña.
3. Mejorar la rendición de cuentas y la transparencia en el desempeño de la atención médica primaria.
4. Establecer un marco nacional para mejorar la calidad de atención de casos agudos y fijar normas nacionales para la medición y la mejora continua de los servicios de urgencias y de cuidados médicos, con el fin de optimizar la calidad y reducir las variaciones regionales dentro de los países.
5. Asegurar que las reformas incluyan todos los aspectos de los sistemas de salud, desde las políticas y la prevención hasta la atención médica primaria, atención de urgencias, casos críticos y rehabilitación. Tomando en cuenta que la complejidad en el tratamiento de las ECV y diabetes significa que la cadena de cuidados es tan fuerte como su eslabón más débil.

Para México la OCDE en junio de 2015 resalta la aplicación de estrategias multifacéticas y exhaustivas a través de:

- Medidas para la población en general y medidas para individuos de alto riesgo,
- Empleo de herramientas disponibles como la educación, en regulaciones e incentivos; en programas y servicios de atención médica para trabajar al unísono y fortalecer su eficacia.
- Un fuerte compromiso de grupos promotores y actores que obtengan apoyo para facilitar y reducir el costo de las opciones de un estilo de vida saludable.
- Continuar con las políticas fiscales para bebidas endulzadas con azúcar y alimentos procesados con más de 275 calorías por cada 100 gramos (los ingresos tributarios se destinan a programas de salud).
- Fortalecer la atención primaria y de casos agudos, para que todos los proveedores puedan prestar servicios más eficaces de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y gestión de ECV y diabetes.

Sin embargo, ya en 2013 se daba curso a las políticas públicas en la atención de la obesidad y en la importancia del individuo en su cuidado a la salud:

- En México los adultos presentan: sobrepeso 30% y obesidad 32.7% y obesidad en niños el 30%. Los principales retos que debe enfrentar el Sistema de Salud para mejorar la calidad de vida de los mexicanos es disminuir la obesidad y la diabetes (5).
- Las acciones gubernamentales son importantes, pero sin el autocuidado de los mexicanos nunca serán suficientes (3). Lo que podemos observar en los últimos veinte años, México ha contado con los hombres más obesos del mundo, con el primer lugar mundial en obesidad infantil. El cambio en el etiquetado nutricional de los productos alimentarios es independiente al cambio en el **Estilo de Vida** de los consumidores.

Ante este panorama desolador, se mantiene la posición firme de los estudiantes y profesionales de la Salud, quienes si tienen contacto directo con los individuos, con su cultura y su estilo de vida. Así, la participación de los profesionales de la Salud de manera multidisciplinaria da un sólido apoyo al paciente a través 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, correr las comorbilidades y colaborar en optimizar la Calidad de Vida del paciente (4).

La obesidad mórbida puede ser tratada y sus factores de riesgo modificables, también

REFERENCIAS

1. OCDE (2015). El aumento de la diabetes y la obesidad es una amenaza para los avances en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, dice la OCDE. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/el-aumento-de-la-diabetes-y-la-obesidad-es-una-amenaza-para-los-avances-en-el-tratamiento-de-enfermedades-cardiovasculares.htm>. Acceso 23-08-2015
2. OCDE (2015). En México la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) se ha reducido más lentamente que en muchos países de la OCDE y la prevalencia de las ECV y la diabetes aumenta con rapidez. *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, 1-4. Disponible en: <http://www.oecd.org/mexico/Cardiovascular-Disease-and-Diabetes-Policies-for-Better-Health-and-Quality-of-Care-Mexico-In-Spanish.pdf>. Acceso 23-08-2015.
3. Secretaría de Salud (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. México, SSA.
4. Secretaría de Salud (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSN) 2012 Resultados Nacionales*. México. SSA,
5. Albarrán, E. (2015) Nota: Juan-López, M. (2015). *Disminuir obesidad y diabetes, retos en salud*. Participación en la XXV Convención de Aseguradores de México, 2015. México El Economista.

1. Trabajos de difusión en investigación

ADOLESCENTES QUE LA PADECEN DIABETES MELLITUS: IMPACTO PSICOLOGICO

En la actualidad hay hablar de diabetes es las personas es como decirles que ya se van a morir, porque no saben exactamente que es la enfermedad. Es importante generar en las personas la conciencia de que es importante de cuidarse tanto física como psicológicamente, para tener un bienestar emocional y aceptar la enfermedad. La diabetes mellitus es una enfermedad del metabolismo general (carbohidratos, grasas, y proteínas); genéticamente condicionada, donde hay una insuficiencia o falta en la secreción de insulina. Según Islas & Lifshitz en 1999, cuando la enfermedad alcanza su pleno desarrollo, se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y en la mayoría de los pacientes con una larga evolución de la enfermedad, por complicaciones micro-angiopáticas, en especial renales y de los ojos, así como macro-angiopáticas como afección en las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía (p.1).

CAUSAS

Entonces la diabetes mellitus no solo es una enfermedad caracterizada por la elevación de glucosa en la sangre, sino una enfermedad crónico degenerativa que tiene varias complicaciones, al no tener un control adecuado de glucosa en la sangre, esta tiene que ver tanto por factores genéticos, virus e inmunidad.

Existen tres factores son los que desarrollan la diabetes mellitus:

VIRUS: las infecciones víricas pueden afectar al páncreas de pacientes con predisposición genética. La producción de anticuerpos que aparece después de una infección vírica puede atacar las células betas del páncreas y dan lugar a la diabetes.

INMUNIDAD O AUTOINMUNIDAD: algunos pacientes desarrollan anticuerpos frente a las células de los islotes pancreáticos, se presenta en pacientes diabéticos tipo 1.

GENETICA: son antecedentes familiares que padezcan la enfermedad y poseen un modelo genético predisponerte a la enfermedad.

CLASIFICACIÓN

Hay diferentes tipos de diabetes mellitus: la diabetes Tipo 1, la diabetes Tipo 2, la diabetes gestacional y otros tipos específicos de diabetes.

DIABETES TIPO 1: Este tipo se caracteriza porque los pacientes deben depender de insulina para sobrevivir (de por vida), ya que su páncreas es incapaz de producirla; hay una destrucción de células beta en el islote, por tanto se asocia a la predisposición a desarrollar cetoacidosis. Su forma de inicio es brusca. Era conocida por diabetes juvenil, por la edad de aparición que es esencialmente en niños y adolescentes, pero también se puede presentar en edad adulta, aunque en menor frecuencia.

Fairburn & Brownell (2002) mencionan que la diabetes tipo 1 es común en los trastornos metabólicos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; hay una debilidad en la utilización de glucosa y nula secreción de insulina del páncreas. El tratamiento requiere inyecciones diarias de insulina, monitoreo de azúcar en la sangre y restricción en la ingestión de algunos alimentos para normalizar el azúcar en la sangre, esto disminuye las complicaciones de la diabetes a corto plazo semejante a cetoacidosis, y a largo plazo complicaciones micro vasculares que afectan el riñón, retina, corazón y vasos capilares. La Diabetes Tipo 1 -o juvenil-, ocurre en personas jóvenes con trastornos alimenticios entre los 12 y 19 años de edad. Los trastornos alimenticios de atracón y la baja de insulina es asociada con azúcar en sangre elevada y con episodios de cetoacidosis. Un estudio de 91 mujeres entre 12-19 años llevado a cabo por Rydall et al., en 1997 demostraron que la conducta alimentaria con desorden presenta un triple incremento en la diabetes con retinopatía y es un factor de riesgo para complicaciones micro vasculares. Mientras que la hipoglucemia provoca un retraso de las características sexuales secundarias.

Por otra parte las anormalidades reportadas en el metabolismo y el sistema endocrino asociadas a la bulimia y a la anorexia nerviosa tienen un daño o liberación irregular de vaso presión de poliuria y polidipsia, la diabetes insípida, un elevado nivel de colesterol, es frecuente que se encuentren estos pacientes (Pomeroy, en Thompson, 1996).

DIABETES TIPO 2: Se caracteriza por no depender de la insulina, y es conocida por presentarse en la madurez. Sin embargo también la puede presentar los niños y los adolescentes e incluso asociada con la obesidad y con la emisión defectuosa de insulina a la que se agrega la resistencia a la insulina, que es el factor principal en la diabetes Tipo 2. Su forma de inicio es progresiva.

Existe una correlación entre la obesidad y la diabetes tipo 2 (no insulino dependientes) en la obesidad existe una resistencia a la insulina y la masa de índice corporal es muy elevada.

El caso de grasa acumulado en el cuerpo habilitado a la insulina y activa el nivel de daño celular. Los islotes celulares del páncreas responden al incremento de glucosa en la sangre y realizan una secreción más de insulina.

Los casos pediátricos de diabetes tipo 2 ocurren entre 10-19 años con una historia familiar de diabetes tipo 2 y más frecuentemente en personas obesas familiares. Se ha encontrado un rápido incremento de diabetes tipo 2 que prevalece en la infancia y adolescencia con obesidad. Los casos de diabetes tipo 2 presentados en niños y adolescentes pueden parecerse a los de tipo T (Licea- Puig, et al, 2008).

Børntorp & Brodoff (1992) coinciden que la obesidad y la diabetes tipo II (no insulino dependiente) con frecuencia ocurren juntos, se ha demostrado que la obesidad es un fuerte factor de riesgo para el desarrollo posterior de la diabetes mellitus y parte del síndrome de la resistencia a la insulina; ambas condiciones en particular son determinantes genéticos, se han demostrado con varias familias estudiadas. La obesidad es poco común en la diabetes tipo 1 pero más común en la 2; la grasa del cuerpo esta asociada con el incremento a la resistencia de la insulina, ya que el exceso de tejido adiposo antagoniza la acción de la insulina.

Helmich et al., en 1991 encontraron que los índices de actividad física esta relacionados inversamente con el desarrollo de la diabetes mellitus tipo II (NIDDM) en un estudio con 5,990 hombres. La relación de NIDDM se da mas en personas que tienen alto índice de masa corporal, historia de hipertensión, y familiares diabéticos (Grilo en Thompson, 1996).

DIABETES GESTACIONAL: Se desarrolla durante el embarazo y trae complicaciones perinatales, si el nivel de glucosa en la sangra se mantiene elevado después del embarazo, se reclasificaría a la paciente a otro tipo de diabetes.

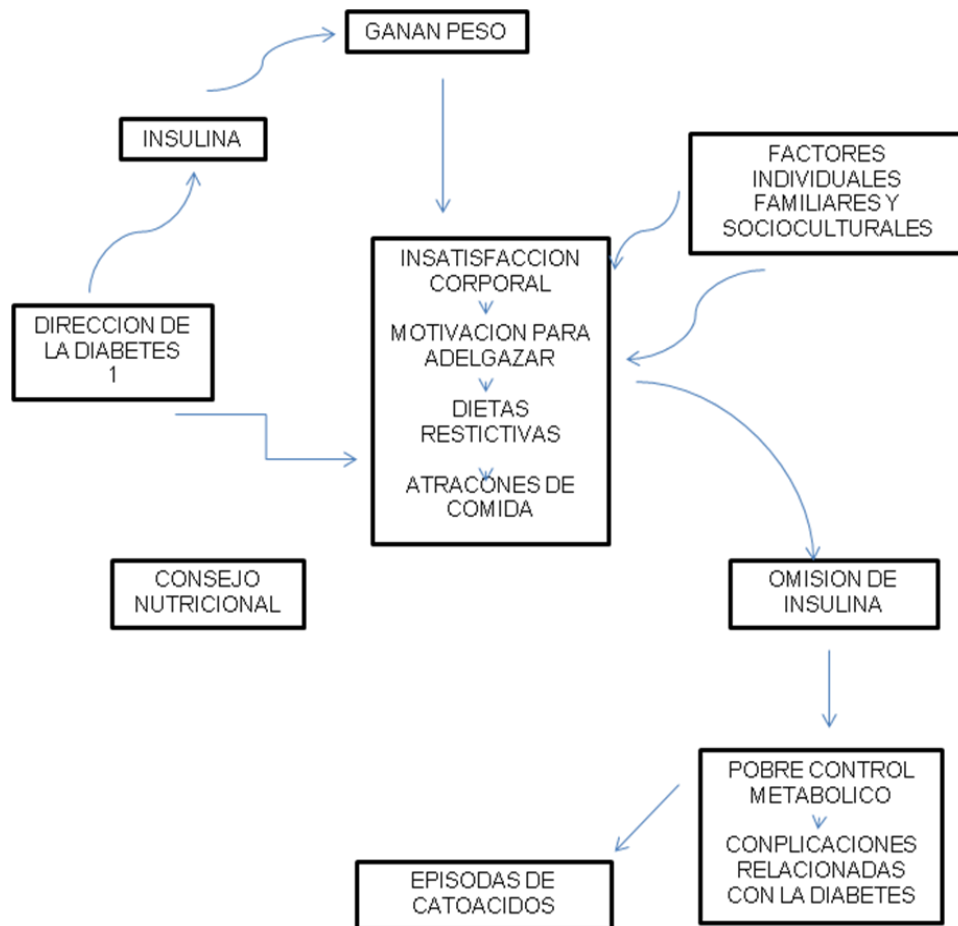
OTRO TIPO DE DIABETES ESPECÍFICO: Anteriormente se conocía como diabetes secundarias o asociadas con ciertas alteraciones o síndromes. Entre ellas se encuentran enfermedades pancreáticas, alteraciones por fármacos, anomalías de los receptores celulares, y ciertos síndromes genéticos.

MODELO ETIOLOGICO

La diabetes esta asociada con un incremento de IMC particularmente en adolescentes mujeres y este es un factor asociado con la bulimia nerviosa. Las mujeres cuando desarrollan la diabetes en la pubertad esta relacionada con el incremento de peso y cambios corporales son más vulnerables a desarrollar trastornos alimenticios. Las relaciones familiares contribuyen a una disminución consiente en percepción interna **LA FAMILIA SE CONVIERTE EN EL APOYO EMOCIONAL Y PRACTICO DEL MENOR** (Fairburn & Brownell, 2002).

El modelo es propuesto por Rodin en Fairburn, & Brownell (2002) *eating disorders and obesity*, hace referencia a las complicaciones médicas y a los factores psicológicos que presentan las personas con trastornos alimenticios y diabetes mellitus.

Gráfica 1: Complicaciones médicas y a los factores psicológicos que presentan las personas con trastornos alimenticios y diabetes mellitus. Modificado de Rodin, G.M., en Fairburn & Brownell (2002)



SINTOMATOLOGIA

Hiperglucemia: Las personas con diabetes presentan varios síntomas, como la poliuria, polidipsia y polifagia principalmente, en los niños que presentan la tipo 1 hay perdida considerable de peso; calambres nocturnos y deshidratación. Los cambios de personalidad en las pacientes que presentan la diabetes tipo 1 como irritabilidad y ansiedad; en el tipo 2 depresiones.

Hipoglucemia: Es el descenso de la concentración de glucosa; hay dos fases al principio palidez, taquicardia, sudoración; que son básicamente de naturaleza adrenérgica o catecolamina, como parte de mecanismos de defensa. La mas grave o prolongada aparecen efectos sobre el sistema nervioso central, entre los que destacan la confusión mental, cambios de personalidad, inconsistencia, convulsión o a veces muerte (Islas & Lifshitz, 1999, p. 152).

IMPACTO SOCIAL Y ECONOMICO

El impacto social que causa la enfermedad es muy fuerte, ya que la diabetes es una enfermedad incurable, y solo se da la información de las complicaciones y no se enfocan a la educación del paciente diabético.

Valorar el impacto social y económico de la diabetes mellitus requiere enfocar los estudios de personas diabéticos en una dimensión total: biológico, psicológico y social.

Islas & Lifshitz (1999), mencionan que para considerar este impacto, se debe analizar y valorar a la persona en su contexto de salud-enfermedad y la interrelación familiar, educacional, recreativa. En forma paralela, sus repercusiones en costos unitarios y globales que ocasiona la enfermedad. Las reacciones psíquicas de los niños con diabetes tipo 1, se observa que cursan con trastornos de depresión mayor, y ansiedad. La depresión es más común en familias con bajos recursos económicos. La sensación de dependencia familiar y social en los grupos susceptibles, requieren un análisis específico, porque la percepción de las limitaciones orienta a la pérdida de autoestima y esta a la depresión con mayor intensidad. La autoafirmación y el autoestima son trascendentes para llevar el control de la enfermedad, y para que sepa quiera y pueda prolongar su vida con el mayor bienestar posible (Islas & Lifshitz, 1999. p. 32).

ASPECTOS PSICOLOGICOS EN LA DIABETES

Los aspectos psicológicos son muy importantes en este tipo de pacientes, ya que un bienestar emocional, ayuda a que el paciente comprenda lo que es la diabetes mellitus y pueda tener una mejor calidad de vida, al controlar su nivel de glucosa en la sangre.

En los adolescentes es muy importante este aspecto, ya que están pasando tanto cambios físicos como psicológicos, y por tanto al enterarse de que tienen una enfermedad incurable, pero es controlable, pueden tender a estar en depresión y actuar con indiferencia ante la enfermedad, los niños que padecen la diabetes tipo 1:

“La adaptación emocional se dificulta por las medidas cotidianas para el control de padecimiento, a lo que se anua la cuestión de la auto imagen muchas veces devaluada por el propio padecimiento. A los problemas de maduración y secundarios a la enfermedad se agregan las dificultades de adecuación de la adolescencia (rebeldía, descontento, hostilidad reprimida, búsqueda de valores, identificación, y definición sexual). En esta etapa adquieren mayor conciencia de su enfermedad y se percatan de que es un padecimiento crónico y depende de el mismo la decisión de mantenerse sano y seguir las indicaciones del médico” (Gutiérrez, Barrón & Pérez, en Islas & Lifshitz, 1999)

Por tal motivo al presentarse el padecimiento debemos tratar al paciente de una manera integral (atención medica, pero mas importante la psicológica, familiar y social), para brindarse el apoyo emocional y un cambio de alimentación en la familia y que los adolescentes se hagan responsables de su padeciendo y ellos se cuiden para que la familia no este sobre ellos.

El impacto psicológico es diferente según la etapa de la vida que aparezca la enfermedad, ya que en los niños la responsabilidad de sus cuidados la tienen los padres; en los adolescentes es una etapa problemática, por ejemplo Reynoso (2002) menciona tres etapas fundamentales en la adolescencia con sus respectivas implicaciones en la diabetes:

Etapa temprana: caracterizada por la lucha entre la independencia y responsabilidad. Aparecen cambios de humor y rechazan los consejos de sus padres. El adolescente tiene miedo a pedir ayuda o a mostrarse débil.

Etapa media: es cuando el adolescente forma grupos de amigos, época de modas, manías e identificación al grupo. Origina hábitos de comida irregular y variable; aumentan la actividad física, los niveles de glucosa son muy inestables.

Etapa tardía: es la aceptación de la responsabilidad, y tiene que ver como han pasado las otras etapas, muchos se quedan en la etapa de la adolescencia.

Las reacciones emocionales descritas por Kübler-Ross (1969) e Isla et al. (2008) más comunes son:

Negación: esta es la más habitual al principio y suele caracterizarse por incredulidad, o por la búsqueda de profesionales.

Rebeldía: es la exposición de rabia o agresividad, aquí buscan un culpable de la diabetes. Es importante en esta fase darle al paciente toda la información posible sobre lo que es la enfermedad y como cuidarse.

Disociación: en esta etapa los planes a futuro pueden romperse, surge el temor de que por la enfermedad ya no van a cumplir sus expectativas de vida.

Tristeza o depresión: el pensamiento esta centrado en lo que se ha perdido y no ha podido realizar; es recomendable un trabajo terapéutico tanto a la familia como al paciente, para poder superar esta fase.

Negociación: la persona acepta su nuevo estado, pero estableciendo limitaciones o condiciones respecto a las pautas del tratamiento.

Adaptación: se da una aceptación al padecimiento, la familia y el paciente pueden vivir con la diabetes, comprenden que los cuidados son indispensables para una mejor calidad d vida.

Como se puede considerar, en los adolescentes hay muchos cambios psicológicos frente a la diabetes mellitus, es importante conocer y ayudar al adolescente a entender y aceptar su padecimiento, que con una alimentación adecuada y ejercicio puede tener una vida normal poder realizar sus proyectos de vida y que la diabetes no es un impedimento.

La familia por lo anterior, tiene un papel muy importante, ya que deben cuidar al adolescente y a todos sus integrantes, para que el adolescente se encuentre aislado por la preparación especial de sus alimentos o decirle a cada rato que no puede comer tal o cual cosa porque le hace daño. El papel que juega el psicólogo en estos casos es incidir sobre el bienestar emocional del paciente y la familia, brindándoles las herramientas necesarias para que puedan comprender la enfermedad y vivir con ella.

REFERENCIAS

- Albu, J. y Pi-Sunyer, F. *Obesity and Diabetes* New York: Colombia University Collage.
- Björntorp, P. & Brodoff, B. (1992). *Obesity* New York, Lippincott Company.
- Fairburn, C. & Brownell K. (2002) *Eating Disorders and Obesity* United States of America: Guilford press.
- Figuerola, D. (2003) *Diabetes* España: Masson.
- Helmrigh, S.P.1., Ragland, D.R., Leung, R.W., & Paffenbarger, R.S. Jr (1991). Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 325(3), 147 - 152.
- Isla, P, Moncho, J, Guasch, O, Torras, A. (2008). Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por KüblerRoss. *Rev Endocrinol Nutr* 55(2), 78- 83.
- Islas-Andrade S, Lifshitz-Guinzberg A, (edit)(1999). *Diabetes mellitus*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Kübler-Ross E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Licea- Puig, M.E., Bustamante -Tejido, M., & Lemane- Pérez, M. (2008). Diabetes tipo 2 en niños y adolescentes: aspectos clínico-epidemiológicos, patogénicos y terapéuticos. *Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]*. 19 (1), Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000100007&lng=es. acceso 07-03-2013.
- Moncada, L. (1984) *Educación en Diabetes Guía para Educadores* España: científico médica.
- Reynoso, F. (2002). Valores generales en una muestra de adolescentes medios de la ciudad de Santo Domingo. *Revista Ciencia y Sociedad*, XXV(4), 591 - 607.
- Rydall, A.C., Rodin, G.M., Olmsted, M.P., Devenyi, R.G., Daneman, D.(1997).Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*, 336, 1849–1854
- Thompson, J.K. (1996) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity*. Washington: American Psychological Association.

2. F54 Factores psicológicos... [316]

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y ANSIEDAD

Anorexia y Bulimia Nerviosa: Cuando el comer se convierte en algo más que una actividad cotidiana.

A finales del siglo XX y principios del XXI, las condiciones ambientales parecen distar de la convivencia armónica entre el hombre y la naturaleza. Salir a respirar aire fresco, hoy en la Ciudad de México, se ha convertido en un hecho impensable. Buena parte de la juventud actual desconoce la “Región más transparente”, creen que se trata de un libro o una vidriería. Para respirar aire fresco, se tiene que salir de las grandes urbes y apostarse en provincias que aún lo conservan y hacer grandes aspiraciones. Con los alimentos sucede algo parecido que con el aire, contaminados por parásitos y bacterias, ingredientes carentes de nutrientes, y excedidos en químicos dañinos a la Salud. Consumir alimentos nutritivos en la actualidad es toda una hazaña: Salir a comer “a la calle” y pedir una ensalada de lechuga fresca, una porción de pescado, o un guisado de frijoles sin grasa parece misión imposible. Consumirlos en el hogar y elegir los alimentos apropiados a la Salud en general, requiere de tiempo, dinero y educación. Sin embargo, cuando se tienen posibilidades de adquirir los alimentos: un pollo rostizado, una bolsa de papas fritas y un refresco de cola se convierte en el consumo por excelencia, y no se diga de las Pizzas 2 X 1 los días martes ofrecida por una popular casa comercial. En términos mercantiles, la expresión *Lo Barato Sale Caro*, se transforma cuando se trata de alimentos *Lo Caro Sale Barato*, recomendaciones como “Consume una manzana al día previene riesgos cardiacos”, “Eliminar el consumo de Refrescos, le disminuye el vientre y le aumenta la cartera”:

Un trozo de carne roja con grasa = \$ 120.00 pesos

Intervención quirúrgica Liposucción = \$ 80.000.00 pesos

No consumir carne roja con grasa = ahorro de cerca de \$80.120.00 pesos

Estos cálculos en muchas ocasiones para la persona común se transforman en ecuaciones matemáticas infinitesimales o simplemente, inaccesibles a sus posibilidades. La otra faceta de la carne roja, son las tortillas, los frijoles y el chile nutrientes accesibles para la mayoría de nuestra población, incluida la otra mayoría poblacional que carece hasta del consumo regular de tortillas.

Los trastornos alimenticios *se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria*: la elección y la predilección de alimentos se encuentran influida por factores económicos, culturales, educativos y biológicos que a su vez pueden ser modificados por circunstancias –mole, pollo y arroz para una boda, por *factores psicológicos como patrones conductuales* – tacos y garnachas para la cena, bolillo con tamal y champurrado para el desayuno. *Cognitivos* – me siento gorda (mide 1,60 cm. , y pesa 47 kg.) - que feo estoy (mide 1.72 cm., y pesa 135 kg.) –que no digan que no como (mide 1.57 cm., y pesa 48 kg.). *Conductuales* –se sienta a comer e ingiere tres refrescos, dos pizzas medianas, una malteada y su postre con café, tras 4 horas de no ingesta, merienda 3 panes de azúcar 1 litro de leche y un vaso de Yoghurt (mide 1.75 cm. , y pesa 87 kg.) continúa un periodo de abstinencia alimenticia por 14 hrs.. Y *Emocionales* – que miedo de ser como ella: gorda y fea, me odian por ser bonita, doy toda mi fortuna por verme como Madonna, o como Ricky Martin. La revisión de los factores psicológicos y sus trastornos, son comensales indispensables a la mesa de la Nutrición, tomarlos en cuenta ahorra grandes esfuerzos y brinda grandes beneficios a la Salud en general. Las clasificaciones utilizadas en la Psicología son el D.S.M. IV, por otras disciplinas el C.I.E. 10 quienes abordan las alteraciones en los patrones de ingesta de alimentos por factores psicológicos como Trastornos de la alimentación, algunos de los cuales se vinculan los problemas afectivos o emocionales denominados Trastornos afectivos, así como los incluidos en el Eje I.

Caso 1: Tiene 21 años de edad, cursa el 2º año de carrera universitaria. Mide 1.72 cm. , pesa 58 kg. N. tienen que decir "barf" porque es una palabra fea que satisface su fea descripción, cuando se induce el vómito y el sonido purga y limpia, la Bulimia es pura bilis, puro mal. Algunas personas aunque ganan peso, siempre están con la mente puesta de la anorexia. ¡Algunas personas nunca se curan! Si una persona está deprimida, usted lo dice, estoy enferma estando deprimida, ¿Qué remedio tiene? ¡Su opinión no me hace feliz!... tras esta frase rompe en llanto, es la primera vez que ha llorado en meses.



Fuente: <http://consultalaurarui.com/wp-content/uploads/2014/04/peso-cubiertos.jpg>

Caso 2: M. tiene 18 años de edad: “Me he preocupado por mi peso toda mi vida. Empezó cuando cursaba el segundo de secundaria. Me había vuelto un poco gordinflón, pero no era algo que me preocupara a cada segundo. Mis entonces compañeros de clase me señalaban todos los días lo gordo que me estaba poniendo. Esto empezó a molestarme. Iba a casa y lloraba con mi mamá, quien siempre me entendió, ella pensaba que yo era agradable y que no tenía que permitir que me hiriesen, sin embargo, lo hicieron. Hasta el momento lloro al pensar sobre cuánto dolor me causaron. Perdí la confianza en mi mismo, me sentí atemorizado para continuar con los estudios, aún hoy me veo mal frente a un espejo, y no quiero llamar la atención de nadie, odio mi apariencia y figura. Aunque crecí algo, perdí 6 kg., hecho que me tranquilizó. Recuperé confianza y pude perder 15 kg., más, las personas me aceptaban más ¡Me sentía en mi cielo! pasó el tiempo y gané 3 kg, estaba regresando a estar gordo, me asusté y sólo comía por las noches, también tomé laxantes, 5 – 9 todos los días, que no me ayudaron a perder peso, pero mi estómago se sentía menos lleno. En la comida es algo que pienso casi todo el día. Pienso que me pongo más gordo todos los días, es incontrolable, toda mi vida me sentí fuera de control, no puedo controlar las cosas en mi vida, y la comida tampoco, me asusta, me pongo celoso realmente cuando las personas me dicen que ellos no han comido todo el día o que han perdido peso, y yo me siento como un idiota que no puede controlar lo que entra a mi boca. Peso 51 kg. y mido ahora 1.67 cm.

¿Qué hace que la persona altere su ingesta de alimentos, qué se perciba a sí misma inadecuada, o que busque un Modelo Barby o Kent, sin considerar las consecuencias?

Las teorías psicológicas que han tratado de dar una explicación a estas conductas surgen a partir del concepto de emoción. La emoción como afecto, capaz de modificar o alterar el equilibrio homeostático, creando patrones de ingesta inmoderada (Cannon y Bard, 1934), como consecuencia del Síndrome General de Adaptación, (Selye, 1974). El concepto de emoción derivado de la cognición encuentra un punto de acuerdo entre la disfunción orgánica y los procesos psicológicos, a través de trabajos de Rosman (1985), Kemper (1984) y Echevarría y col., (1989) donde el tipo de personalidad tipo “A”, se encuentra asociada con problemas somáticos particularmente como factor de riesgo cardiovascular.

El modelo de emoción de Lazarus & Folkman, (1987) refieren un sistema multivariado, consistente en varios antecedentes casuales y procesos mediacionales o cognitivos con efectos emocionales inmediatos, a largo plazo y con acción interdependiente. (Lazarus, 1990, pag. 209), esquematizado en el siguiente cuadro 1:

Cuadro 1: Análisis Teórico de la Emoción por Lazarus y Folkman (1987) Modificado de R. S. Lazarus and S. Folkman, (1990).

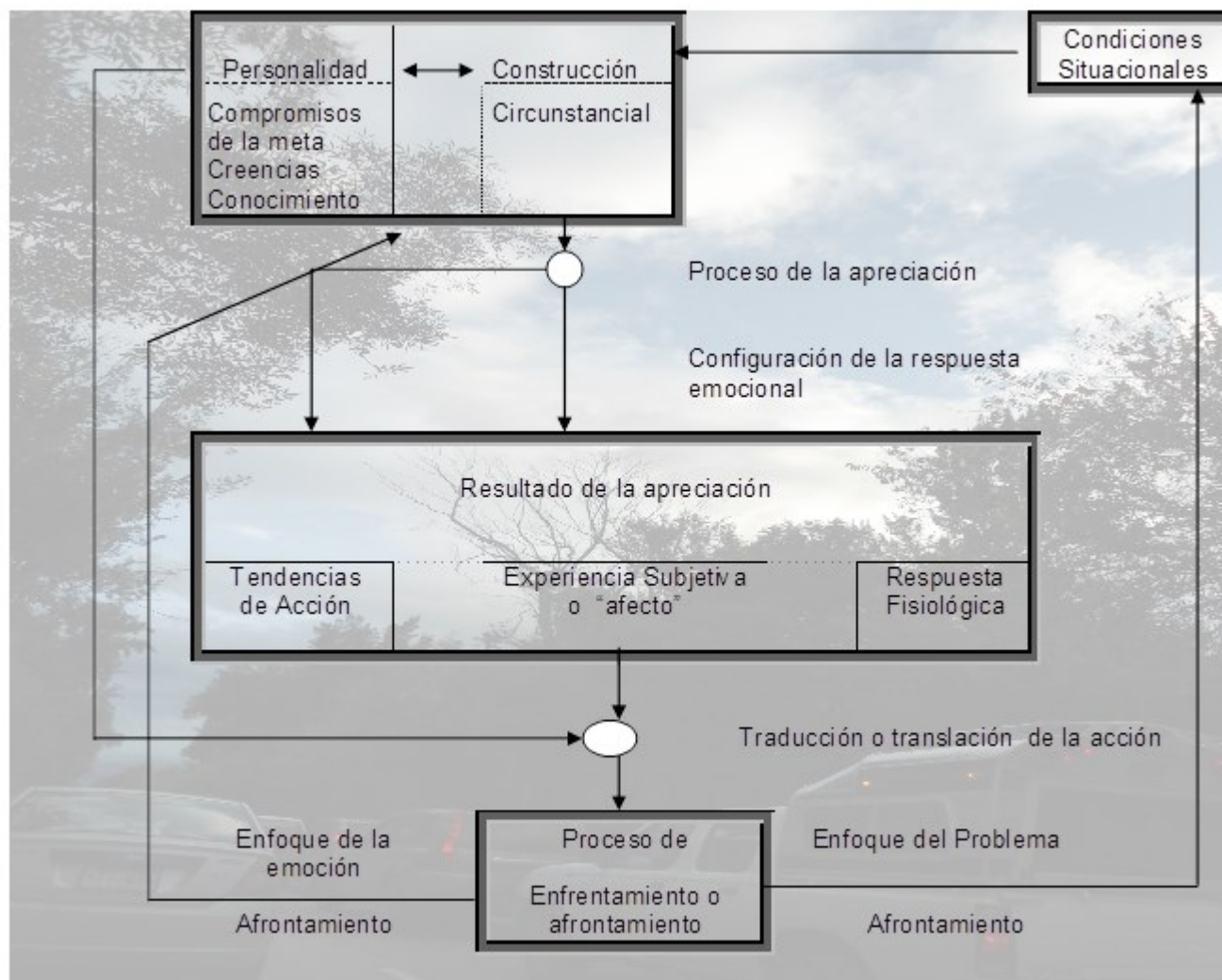
ANTECEDENTES CASUALES	PROCESOS MEDIACIONALES Tiempo 1... T2... T3... Tn Encuentro 1... 2 ... 3 ... n	EFFECTOS INMEDIATOS	EFFECTOS A LARGO PLAZO
Variables de personalidad	→ Apreciación primaria →	Cambios fisiológicos	→ Salud/ enfermedad somática
Valores o Creencias de compromisos (sentido existencial de mando)	Apreciación secundaria	Sentimientos positivos o negativos	Moral (estando-bien)
	Reevaluación	Cualidad de Resultado Encontrado	Funcionamiento social
Variables medioambientales	Enfrentamiento o Afrontamiento (coping)		
(situacional) demandas, retraimiento, recursos. Ambigüedad del daño Inminencia del daño	Problema - enfoque Emoción - centrada Buscando, obteniendo, y usando apoyo social		
Resoluciones de cada encuentro estresante			

Continuando con Lazarus & Folkman, (1984), los procesos de interpretación del individuo que implican la magnitud del estresor, la probabilidad de lo que ocurrirá y los recursos de enfrentamiento o afrontamiento disponibles para tratarlo, ejercen una fuerte influencia sobre las reacciones emocionales de la persona y la elección de estrategias de afrontamiento. Las emociones surgirán en esas relaciones o *transacciones* entre el individuo y sus entornos, constando de tres elementos:

- La serie de evaluaciones – *cognitivas* implicados en esa situación, constituyen el elemento central del fenómeno emocional.
- Una tendencia a la actuación que puede manifestarse o no, siendo la consecuencia directa de las evaluaciones del entorno.
- Un patrón de reacciones somáticas, de tal modo que cada emoción estaría asociada a un patrón de respuestas fisiológicas característico.

Por otra parte, las variables de personalidad antecedentes, actúan recíprocamente entre sí comenzando el proceso emocional. La configuración de la respuesta emocional, se muestra en la figura 1.

Figura 1: Modelo cognoscitivo emocional. Modificado de Lazarus, 1990: 210.



De esta manera, Lazarus propone que la emoción es el resultado de consecuencias: de daños, pérdidas, y amenazas, incluso enojo, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, tristeza, envidia, celos, y aversión, o emociones negativas; y beneficios o emociones positivas, basadas en beneficios en vez de daños. (Lazarus 1991, pág. 327).

ANSIEDAD

La ansiedad es un sentimiento común a otros desordenes y puede presentar síntomas que se mimetizan con otras enfermedades médicas como enfermedades cardíacas, asma, o hipertiroidismo. La persona puede sentir un indefinido y persistente estado de inquietud sin motivo aparente y sin posibilidad de encontrar alivio. Los cambios de humor y accesos de irritabilidad ocurren sin que aparentemente, alguna situación interna o externa pueda desencadenarla. Esta labilidad emocional podría ser explicada por los múltiples efectos que la enfermedad misma causa en el paciente y en quienes lo rodean: la persona queda en un estado de indefensión y de alta exposición social por la falta de conocimiento y legitimidad de su alteración. Los niveles de tolerancia a la frustración se alteran frente a la imposibilidad de seguir con el ritmo y estilo de vida, se ve imposibilitado a desarrollar una vida autónoma e independiente. La tendencia al aislamiento social es consecuencia de la dificultad en comunicar a los otros las propias vivencias y, a su vez, no se siente comprendido en el intercambio con

otros. La persona limita su posibilidad de proyectar situaciones de vida futuras, por el estado de incertidumbre en que vive. Los vínculos familiares y sociales se ven empobrecidos por su ensimismamiento –centrarse en si misma -, mostrando vulnerabilidad física y emocional

La ansiedad, “**eso**” que no duerme, que esta con uno un día si y el otro también: Parece ser la hermana de la consciencia, se “pega” a lo que uno piensa: mientras más uno piensa en lo que puede suceder, en alejarse de la persona amada, de tener o contraer alguna enfermedad... Vivir la mayor parte del tiempo dentro del universo de posibilidades: Si entonces, vivir el menor tiempo posible en la incertidumbre. Los síntomas y trastornos asociados con la alimentación se encuentran en el cuadro 2.

La ansiedad como la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras reas importantes de la actividad del individuo:

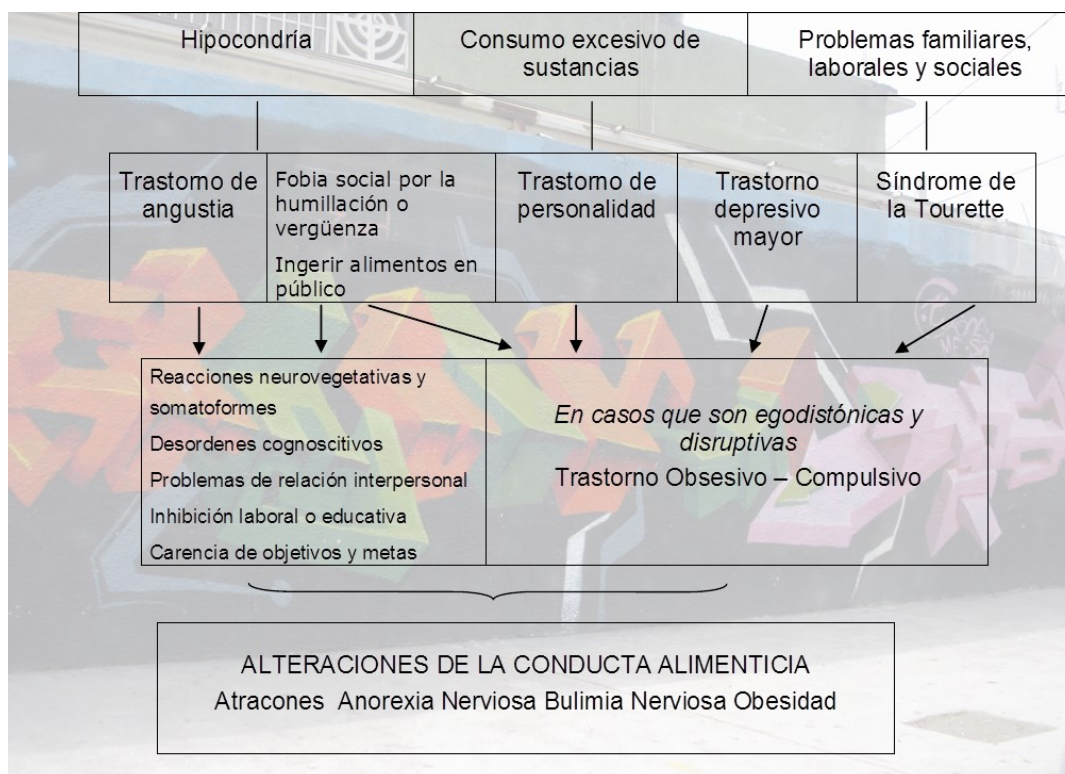
Si como engordo, entonces qué fea, nadie me va a querer...: **Anorexia Nerviosa**

Si me muevo, me duele o me altera, se hincha y se pone rojo: **Trastorno por somatización, vergüenza.**

Si el alimento contiene “X” número de calorías y se añade “Y” preparados, la solución “Z” de la preparación “W” determina que la porción de grasa acumulada para la región ventro medial torácica por distribución desigual de “k” con baja densidad. Todo ello cada 2 horas y durante la ingesta de alimentos. “Todo esto es absurdo e irracional, pero no lo puedo evitar, y da ansiedad”: **Trastorno obsesivo - Compulsivo** . Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en concentrarse: **Trastorno Depresivo**

A causa de la presencia constante de baja autoestima, las víctimas de desórdenes alimenticios son extremadamente sensibles a ser calificadas y poseen un temor intenso a ser juzgados por otros como "gordas", feas, tontas, locas o anormales.

Cuadro 2: Síntomas y Trastornos Asociados con la Alimentación



Trastorno obsesivo – compulsivo (TOC).

A menudo los trastornos de ansiedad se encuentran mezclados con los trastornos obsesivos – compulsivos

En cuanto conductas: Estereotipias, rituales o compulsiones persiguen un objetivo: cumplir con el ritual o el sistema a través del cual se alivia la ansiedad.

Caminar por la calle sin pisar las líneas que separan los bloques de cemento de la banquetta

Lavar y arreglar todos los artículos de cocina después de cada comida. Actos mentales como contar el número de cambios de semáforo entre la casa y el trabajo, o contar el número de calorías en cada ingesta de alimentos

Regresar a casa cada vez que la persona sale para cerciorarse de haber apagado las luces

Como condición diferencial a otros trastornos se encuentra el reconocimiento de la persona de lo absurdo e irracional de sus actos, se considera “Torpe”, “Tonta” e “Insegura”, o “egodistónica” como la sensación que tiene de que contenido de la obsesión esta fuera de su control y no va de acuerdo a lo que piensa.

Curso: 6 y 15 años para los varones, 20 y 29 años para las mujeres. De aparición gradual, aguda, o crónica con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes.

Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, sin proporcionar placer o gratificación.

Las obsesiones definidas como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos, contiene factores psicológicos involucrados como la imagen corporal o Autoconcepto que incluye la Autoimagen y Estabilidad emocional. Las **Relaciones Interpersonales** de tipo gratificantes, asertivas y empáticas, con **Capacidad de Enfrentamiento** dado por control emocional, evaluación primaria y evaluación secundaria

Criterios para el diagnóstico el Trastorno obsesivo – compulsivo (DSM IV-TR):

Ideas obsesivas, se definen por:

- 1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes se experimentan como intrusivos e inapropiados, causando ansiedad o malestar significativos,
- 2) No son preocupaciones simples y excesivas sobre problemas de la vida real
- 3) La persona intenta ignorar o eliminar los, o intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
- 4) La persona reconoce que estos pensamientos, son el producto de su mente.

Las compulsiones o conductas compulsivas se definen:

- 1) Conductas repetitivas como lavado de manos, orden de objetos, en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
- 2) El objetivo de estas conductas es la prevención o reducción del malestar, o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos, inconexas de forma realista con lo que se pretende neutralizar o prevenir.

Las obsesiones y compulsiones resultan excesivas (o irracionales) y provocan malestar clínico significativo.

Atracón (Binge eating), Resalta la importancia reciente de esta alteración nutricional: el atracón o consumo excesivo de alimentos, una gula verdadera, caracterizada por

- Episodios frecuentes de comer qué otros considerarían una cantidad anormalmente grande de comida.

Sentimientos frecuentes de ser incapaz para controlar cuánto se come. La presencia de conductas o emociones: el comer más rápido de lo usual, en cantidades excesivas incluso sin hambre, sentimientos de aversión, depresión, o culpa después de la sobre ingesta.

Un ejemplo puede representar un concurso de ingesta de Hamburguesas en Norteamérica, o de cerveza en Alemania

Las personas han informado sobre emociones y sentimientos como enojo, tristeza, fastidio, ansiedad o otras emociones negativas pueden activar un episodio del atracón. La conducta impulsiva y otros problemas psicológicos pueden ser más comunes en personas con atracón que en el trastorno de la alimentación.

Anorexia Nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, como pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres adolescentes, presencia de amenorrea, como ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipos: *Restritivo*: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. *Compulsivo/ Purgativo*: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas

DSM V: Anorexia Nerviosa : se ha eliminado el requerimiento de amenorrea, y el criterio B no sólo incluye miedo a ganar peso sino también conductas persistentes que interfieren con la ganancia de peso.

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad o atracones, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas: provocación de vómito, abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno, o ejercicio excesivo

Criterios para el diagnóstico de *Bulimia nerviosa*

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- B Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos: ayuno, y actividad física excesiva.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos: *Purgativo*: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. *No purgativo*: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

DSM V: Bulimia Nerviosa y Trastorno por atracón: la frecuencia requerida de atracones y conductas compensatorias baja de dos a la semana durante 6 meses, a una a la semana durante tres meses.

La característica esencial de la Anorexia Nerviosa y de la Bulimia Nerviosa es la distorsión cognitiva cuyas consecuencias implican la alteración de la Imagen Corporal Autoestima y Concepto de Sí Mismo, Reacciones emocionales y Dificultades en la adaptación ante las demandas externas.

Trastorno de la conducta no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico, como:

1. Las mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero sus menstruaciones son regulares.
2. Además, cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se añade que cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o menos de 3 meses.
4. Emplean conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal de manera irregular.
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

Obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el D.S.M. IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de Obesidad, se consideran dentro de los factores psicológicos que afectan el estado físico.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez: Pica, Rumiación, y Trastorno de la Ingestión Alimentaria de la infancia o la niñez.

DSM V: Tanto el Trastorno de pica y rumiación como el Trastorno de evitación/restricción de ingesta de alimentos como los Trastorno de eliminación, se pueden diagnosticar a cualquier edad.

Trastorno dismórfico corporal: Conductas o actos mentales repetitivos como respuesta a un defecto percibido en la apariencia física". Se especifica con "dismorfobia muscular"

A manera de conclusión, la ansiedad es un problema de salud pública. La Encuesta Mundial de Salud Mental realizada por la Organización Mundial de Salud (OMS) de 2003, señala que la angustia (o ansiedad), trastornos que incluyen el trastorno de angustia por agorafobia, por estrés post-traumático, de ansiedad debido a enfermedad médica, entre otros. Los países de los Estados Unidos, Francia y Lebanon presentaron las prevalencias más altas, 18.2%, 12% 11.2% respectivamente. En México se presentó una prevalencia de 6.8%, por arriba de Alemania, España, Italia, Japón y Nigeria.

Factores protectores que influyen favorablemente en la salud mental de los individuos (especialmente en niños)			
Individuales	Familiares	Escolares	Sociales
Alimentación Adecuada	Padres que proveen cuidado y ayuda	Sentimiento de pertenencia	Relación cercana con una persona significativa (compañero/mentor)
Cercanía o apego con la familia	Armonía familiar	Clima escolar positivo	Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes
Inteligencia superior a la media	Familia segura y estable	Grupo de pares prosocial	Seguridad económica
Logros escolares	Familia pequeña	Colaboración y apoyo	Buena salud
Habilidades en la resolución de problemas	Más de dos años entre embarazos	Responsabilidades	Acceso al mercado laboral
Autocontrol	Responsabilidades en la familias (de adultos y niños)	Oportunidades de éxito y reconocimiento de logros	Vivienda digna
Habilidad social	Relación de apoyo con otro adulto (de un niño o un adulto)	Reglas de escuela en contra de la violencia	
Habilidades de relación	Normas y moral sólidas en la familia		
Optimismo	Comunicación afectiva		
Creencias morales	Expresión emocional		
Valores			
Autoestima			

Fuente: Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. A Monograph 2000. National Mental Health Strategy, Canberra Australia. Citado en México, Programa de Acción en Salud Mental, 2002.

REFERENCIAS

- Agras, W.S. (1987). *Eating Disorders: Management Of Obesity, Bulimia, And Anorexia Nervosa*. New York: Pergamon Press.
- American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)(2002). España, Masson.
- American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (2013). USA. APA.
- Bray G.A. (1989) *Clínicas médicas de Norteamérica. Obesidad. Aspectos básicos y aplicaciones clínicas*. Ed. Interamericana. Vol. (1).
- Cannon, W. B. (1929) Bodily changes in Pain, Hunger, Fear and Rage, En Calhoun y Solomon, R.C. (1989) *¿Qué es una Emoción?*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica
- Castillo-Sánchez, M.D., & León-Espinosa, M.M.D. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. España, Alcalá La Real (Jaén). Formación Alcalá.

- Echebarría, A., y Páez, D., (1989) *Emociones: Perspectivas Psicosociales*, Madrid, España, Ed. Fundamentos
- Kemper, T. (1984) Power, estatus and emotions: A sociological contributions to a psychophysiological domain. En Echebarría, A., y Páez, D., (1989) *Emociones: Perspectivas Psicosociales*, Madrid, España, Fundamentos.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement: with commentaries. *Psychological inquiry*. 1, 3 - 51.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986/1991). *Estrés y procesos cognoscitivos*, Barcelona, España: Martínez Roca.
- OMS (1992): *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid. MEDITOR,
- Organización Mundial de la Salud (1996). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *CIE-10 Capítulo V: Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria*. Ginebra: OMS.
- Patton, 1992. Eating disorders: antecedents, evolution and course. *Annals of Medicine*, 24(4), 281-285.
- Roseman, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory. En: Echebarría, A. y Páez, D., (1989) *Emociones: Perspectivas Psicosociales*, Madrid, España, Fundamentos.
- SINAVE/DGE/SALUD/(2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México, Secretaría de Salud.
- Selye, H. (1956/1997). The stress of life. En: Papalia, D.E. y Wendkos, O. (1997) *Psicología*, México, Ed. McGraw Hill.

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling

3. Acérquese... ricos tamales

Pero... ¡Si estoy a DIETA!

Alimentarse de forma correcta es ahora una preocupación cada vez más frecuente de mujeres, hombres, adultos y menores de edad, sobre todo en los países en vías de desarrollo, debido a la incidencia del sobrepeso y la Obesidad en la población. Tema que abordan los expertos, científicos, los medios de comunicación y personas en general muestran su interés. Estas últimas con un genuino aunque momentáneo interés, buscan seguir una alimentación balanceada y con ello alcanzar el bienestar personal. Esto se debe a la estrecha relación que existe, y se ha hecho del conocimiento de toda la población, de la gran variedad de enfermedades con la obesidad y su remedio: la dieta.

Algunas de las enfermedades relacionadas con el sobrepeso como diabetes, hipertensión o alteraciones en los niveles de los lípidos en sangre, se presentan por la carencia de ciertos nutrientes, básicos para el organismo, otras por el consumo abundante de alimentos altos en contenidos energéticamente como los ricos en azúcares simples o de grasas, así como del bajo consumo energético a través de la actividad física insuficiente, lo que se ha relacionado estrechamente con ciertos tipos de (de la Torre & Francés, 2007).

¿Qué es la alimentación? y ¿Qué es la dieta?

De acuerdo a la *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Promoción y educación para la salud en materia alimentaria*, la alimentación es el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita. Cuando se habla de una Alimentación correcta entonces se está hablando de la dieta, que de acuerdo con los conocimientos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida.

En lo que se refiere a la Dieta, dicha Norma la concibe como el conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y compone la unidad de la alimentación. La dieta correcta se cumple cuando tiene las siguientes características:

Adecuada: acorde a los gustos y la cultura de quien la consume, ajustada a sus recursos económicos.

Completa: ya que contiene todos los nutrientes.

Equilibrada: los nutrientes están en proporciones apropiadas entre sí.

Inocua: el consumo habitual no involucra riesgos para la salud, lo que implica que no tenga microorganismos patógenos, toxinas y contaminante, además de que sean consumidos con moderación.

Suficiente: se cubren las necesidades de todos los nutrimentos para una buena nutrición, un peso saludable, así como crecimiento y desarrollo adecuados.

Variada: consumo de diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.

¡Estoy a Dieta!

Las siguientes frases fueron expresadas por personas con sobrepeso u obesidad, mujeres y hombres, que se han sometido a tratamiento para bajar de peso:

¡Estoy a Dieta! Y no bajo de peso

Sigo las indicaciones del equipo de profesionales de la salud, y en lugar de bajar, estoy engordando

Dice mi dietista que voy muy bien, y yo me siento igual o peor

Meriendo un vasito de leche acompañado con medio pan de dulce

Al pan de dulce le quito el azúcar excedente

Mi bolillo con tamal, solo 4 veces a la semana

Ya no tomo tanto refresco (o gaseosa), lo rebajo con agua simple

El lunes sigo con la dieta

La perspectiva de los pacientes con sobrepeso para llevar un tratamiento integral para su obesidad se encuentra entrelazada con su estilo de vida y preferencias. Es mucha frecuencia mantienen su “control de peso” con estrategias propias y del ámbito común: reducir azúcares a través de mezclar líquidos, quitar excesos o los días de consumo. La autopercepción del peso corporal y los periodos de inicio del cuidado a la salud. Estos factores son tan importantes como la rutina de ejercicio y las porciones de alimentos. Teniendo esto en cuenta, el decir que se lleva una dieta, no es la restricción de alimentos de alguno de los grupos en los que se encuentran divididos o clasificados, a lo que se refiere es a un consumo equilibrado de ellos.

Es preciso reconocer que el aprendizaje de los hábitos alimenticios tiene su principal influencia en la familia, ya que la configuración del *patrón* alimenticio del niño se establecerá por la familia, pero existen otros factores como los sociales, los económicos, los culturales, del ámbito escolar y la publicidad, que cuando se alcanza la adolescencia se vuelven más relevantes ya que incluso se adoptan ciertos patrones estéticos que en ciertas ocasiones conducen cambios en la alimentación para alcanzarlos, como consecuencia de ello pueden tener deficiencias nutricionales (Montero, Úbeda & García, 2006).

Específicamente es la población que cursa la educación media superior y superior, el grupo más vulnerable en cuanto al tema de una dieta inadecuada, ya que se caracterizan por *saltarse* las comidas - alargar los periodos de consumo, ayunar o abstenerse del consumo-, con frecuencia, o eligiendo comidas rápida, consumir alcohol y bebidas azucaradas con mayor frecuencia que el consumo de agua simple o natural (Hernández, Alves, Arroyo & Basabe, 2012).

En general, por el ritmo de vida acelerado se vuelve complicado para preparar los alimentos y consumirlos después, afectando las preferencias y costumbres alimentarias, siendo las personas más vulnerables a la influencia social por la disponibilidad de los alimentos atractivos a los sentidos, factores que tienen un peso muy importante en la elección de alimentos. El individuo no se puede negar a ellos por “voluntad propia” generando y reforzando los hábitos alimenticios insanos y erróneos, opuestos al logro de un patrón alimentario (o dieta sana y equilibrada), a pesar de tener el conocimiento en lo referente a temas de alimentación y nutrición (Montero, Úbeda & García, 2006). Para de la Torre & Francés en 2007, proponen ocho puntos que se pueden considerar para tratar de llevar una dieta sana y equilibrada, en casa o fuera de ella:

1. Elegir un menú variado que incluya alimentos de todos los grupos básicos.
2. Consumir alimentos en un local donde sea posible elegir verduras, hortalizas y frutas, frescas.
3. Como postre elegir de preferencia fruta fresca o en algunas ocasiones productos lácteos.
4. Evita porciones excesivamente grandes.
5. No abusar de los alimentos fritos, capeados, empanizados y guisados con grasas saturadas.
6. Preferir alimentos asados, a la plancha, a la parrilla o al vapor.
7. En las comidas beber agua simple en vez de bebidas endulzadas, edulcoradas o con alcohol.
8. Evitar comer en menos de 10 o 15 minutos.

A manera de conclusión: Las preferencias alimenticias se instauran en la vida individual en los aprendizajes a lo largo de la vida. Los qué, cuándo, dónde y para qué de la alimentación superan la condición de pervivir y las que le dieron origen en la caza y recolección de alimentos. La elección es más urbana, económica y de experiencias emocionales. De esta manera, las preferencias se transforman. Para ejemplificar, entre un helado de rico sabor, elaborado por una mujer de la provincia mexicana y uno de yogurt acompañado de una abeja y una flor. En ambos, lo dulce está supuestamente en la etiqueta y no en el contenido del helado.

La elección entre un pollo frito de rosticería y el pollo empanizado (rebozado crujiente y salado), elaborado por un Coronel jubilado y multinacional. Difieren en la cubierta y los contenidos nutricionales, el costo y las presentaciones: por pieza o entero. Entre el resultado de poner quesos y carnes en un bollo de pan bajo las letras de color blanco (el pan), amarillo (el queso) cubiertas de color verde (la lechuga) o en México, con los mismos elementos: un pan, partido a la mitad relleno de diferentes alimentos, bajo ninguna letra. Ambos comparten la forma y en algunos el tipo de contenido. Difieren por su comercialización, costo y nutrientes.

Estar a dieta también es relacionarse con los sabores y los costos económicos. Cuide su salud y su bolsillo.

REFERENCIAS

- De la Torre-Aured, M. L. & Francés-Pinilla, M. (2007). Dieta equilibrada: Guía para enfermedades de atención primaria. *Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación*. Disponible en <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/gu%C3%ADa%20ap/diet%C3%A9ticaweb>. Acceso 5-05-2015
- Hernández, H., Alves, D., Arroyo, M. & Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1148-1155. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/26_original15. Acceso 12-07-2015
- Montero-Bravo, A. & Úbeda-Martín, N. & García-González, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-73. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n4/original1>. Acceso 5-05-2015
- NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, *Servicios Básicos de salud*. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México, Diario Oficial de la Federación, 23 de enero de 2006. (Primera Sección).

Lic. Maricruz Morales Salinas

4. Como, luego existo

CUATRO PILARES EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO: LAS EMOCIONES

*La felicidad para mí consiste en gozar de buena salud,
en dormir sin miedo y despertarme sin angustia.
Françoise Sagan (1935-2004)*

En el número anterior de esta publicación se hizo referencia a que la actividad física la cual también se consume. En el presente artículo se consideran el tercer pilar fundamental de la prevención de la obesidad: las emociones. El punto de encuentro de las emociones con la obesidad es la conducta alimentaria de la sobre ingesta –comer excesivo, tipo atracón o glotonería-, ya que esta se activa en respuesta al estrés o a las emociones negativas, con frecuencia la sobre ingesta es una conducta reguladora de emociones (Byrne et al., 2003; Ganley, 1989).

Considerar este pilar es fundamental para la comprensión de su origen, mantenimiento y la recuperación de salud bajo una intervención multidisciplinaria:

El objetivo general del tratamiento se centra en cambiar el estilo de vida y este cambio está dirigido preferentemente a tres aspectos: la conducta alimentaria, la modificación de la vida sedentaria por un aumento regular de ejercicio físico y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad (Lafuente, 2011, pág. 1493)

Retomando la nota inicial de este artículo, la buena salud está asociada a la ausencia de emociones como el miedo y la angustia; a la inversa, la mala salud con las emociones negativas.

En la conducta alimentaria se pueden presentar asociados los siguientes elementos:

Componentes cognoscitivos como:

Creencias sobre la condición obesa
Ideas irracionales
Filosofía personal: estoy así por mi herencia; así es mi constitución física
Falta de control sobre lo que se ingiere
El aburrimiento
Evaluación negativa de sí mismo
Asociación de la comida con situaciones
Insatisfacción con la vida



Fuente: <http://reikinuvecita.blogspot.mx/2014/06/sobrepeso.html>

Emociones de



Cuanto peor estoy, peor me veo, cuanto peor me veo, peor me siento, y como me siento mal conmigo mismo(a), me delecto, me enfado y me maltrato.

Fuente: <http://www.cuidodemi.com/blog/la-espiral-negativa-del-sobrepeso/>

Vergüenza por la cantidad que se ingiere
Malestar o disgusto consigo mismo (a)
Depresión
Estrés interpersonales
Culpa posterior a la sobre ingesta
Miedo
Enojo
Estrés postraumático

La propuesta de intervención de las emociones en la prevención de la obesidad es la psicoterapia bajo las técnicas cognitivo conductuales, eslabón de la multidisciplinaria para obtener un cambio hacia la salud integral del individuo y considerar en el paciente:

- ◆ Su motivación al tratamiento
- ◆ Habilidades sociales,
- ◆ Conductas alternativas a la conducta de sobre ingesta
- ◆ Autocontrol emocional
- ◆ Entrenamiento asertivo
- ◆ Auto aceptación

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). DSM-5 Development. Disponible en: <http://www.dsm5.org>. aaceos internet 6-08-2014.
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27(8), 955-962.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and Eating in Obesity - a Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 343-361.

- García-Palacios, a. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 70-74.
- Lafuente, M.D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 14, 1490 - 1504.
- Roche-Polo, E. (2011). *Las emociones y el sobrepeso: factores psicológicos de la obesidad*. Disponible en: www.end2endnutrition.es. acceso 12-08-2014.

M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo

5. Colaboraciones

OBESIDAD Y EMOCIONES: PUBLICACIONES 2015

A continuación presentamos los artículos más importantes publicados durante el 2015 sobre obesidad y emociones.

Bertz, F., Sparud-Lundin, C., & Winkvist, A. (2015). Transformative Lifestyle Change: key to sustainable weight loss among women in a post-partum diet and exercise intervention. *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), 631–45. <http://doi.org/10.1111/mcn.12103>

Citado 2 veces

Biran, J., Tahor, M., Wircer, E., & Levkowitz, G. (2015). Role of developmental factors in hypothalamic function. *Frontiers in Neuroanatomy*, 9(APR), 47. <http://doi.org/10.3389/fnana.2015.00047>

Citado 2 veces

Bond, D. S., Thomas, J. G., King, W. C., Vithiananthan, S., Trautvetter, J., Unick, J. L., ... Wing, R. R. (2015). Exercise improves quality of life in bariatric surgery candidates: results from the Bari-Active trial. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 23(3), 536–42. <http://doi.org/10.1002/oby.20988>

Citado 2 veces

Bongers, P., van den Akker, K., Havermans, R., & Jansen, A. (2015). Emotional eating and Pavlovian learning: does negative mood facilitate appetitive conditioning? *Appetite*, 89, 226–36. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.018>

Citado 4 veces

Denis, R. G. P., Joly-Amado, A., Webber, E., Langlet, F., Schaeffer, M., Padilla, S. L., ... Luquet, S. (2015). Palatability Can Drive Feeding Independent of AgRP Neurons. *Cell Metabolism*, 22(4), 646–57. <http://doi.org/10.1016/j.cmet.2015.07.011>

Citado 2 veces

Eichstaedt, J. C., Schwartz, H. A., Kern, M. L., Park, G., Labarthe, D. R., Merchant, R. M., ... Seligman, M. E. P. (2015). Psychological language on Twitter predicts county-level heart disease mortality. *Psychological Science*, 26(2), 159–69. <http://doi.org/10.1177/0956797614557867>

Citado 6 veces

Gandolphi, L. R. C., Okazaki, K. M., Nozoe, K. T., Polesel, D. N., Andersen, M. L., & Tufik, S. (2015). Influence of sleep disorders on television viewing time, diabetes and obesity. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 32(1), 141–2. <http://doi.org/10.1111/dme.12603>

Citado 2 veces

Hoffmann, A., Postma, F. P., Sterkenburg, A. S., Gebhardt, U., & Müller, H. L. (2015). Eating behavior, weight problems and eating disorders in 101 long-term survivors of childhood-onset craniopharyngioma. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism: JPEM*, 28(1-2), 35–43. <http://doi.org/10.1515/jpem-2014-0415>

Citado 8 veces

Jarcho, J. M., Tanofsky-Kraff, M., Nelson, E. E., Engel, S. G., Vannucci, A., Field, S. E., ... Yanovski, J. A. (2015). Neural activation during anticipated peer evaluation and laboratory meal intake in overweight girls with and without loss of control eating. *NeuroImage*, 108, 343–53. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.12.054>

Citado 2 veces

Köster, E. P., & Mojet, J. (2015). From mood to food and from food to mood: A psychological perspective on the measurement of food-related emotions in consumer research. *Food Research International*, 76 (P2), 180–191. <http://doi.org/10.1016/j.foodres.2015.04.006>

Citado 5 veces

Larsen, J. K., Hermans, R. C. J., Sleddens, E. F. C., Engels, R. C. M. E., Fisher, J. O., & Kremers, S. P. J. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? *Appetite*, 89, 246–57. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.012>

Citado 5 veces

Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49, 125–34. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>

Citado 6 veces

McDermott, E., Mullen, G., Moloney, J., Keegan, D., Byrne, K., Doherty, G. A., ... Mulcahy, H. E. (2015). Body image dissatisfaction: clinical features, and psychosocial disability in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 353–60. <http://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000287>

Citado 2 veces

Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129–36. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>

Citado 2 veces

Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 156–66. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>

Citado 2 veces

Ogden, J., Hollywood, A., & Pring, C. (2015). The impact of psychological support on weight loss post weight loss surgery: a randomised control trial. *Obesity Surgery*, 25(3), 500–5. <http://doi.org/10.1007/s11695-014-1428-2>

Citado 2 veces

Opel, N., Redlich, R., Grotegerd, D., Dohm, K., Haupenthal, C., Heindel, W., ... Dannlowski, U. (2015). Enhanced neural responsiveness to reward associated with obesity in the absence of food-related stimuli. *Human Brain Mapping*, 36(6), 2330–7. <http://doi.org/10.1002/hbm.22773>

Citado 4 veces

Opel, N., Redlich, R., Grotegerd, D., Dohm, K., Heindel, W., Kugel, H., ... Dannlowski, U. (2015). Obesity and major depression: Body-mass index (BMI) is associated with a severe course of disease and specific neurostructural alterations. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 219–226. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.10.001>

Citado 8 veces

Peñalvo, J. L., Santos-Beneit, G., Sotos-Prieto, M., Bodega, P., Oliva, B., Orrit, X., ... Fuster, V. (2015). The SII Program for Cardiovascular Health Promotion in Early Childhood: A Cluster-Randomized Trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 66(14), 1525–34. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.08.014>

Citado 3 veces

Rocca, F. L., Pizza, F., Ricci, E., & Plazzi, G. (2015). Narcolepsy during Childhood: An Update. *Neuropediatrics*, 46(3), 181–98. <http://doi.org/10.1055/s-0035-1550152>

Citado 5 veces

Roman, S., & Panduro, A. (2015). Genomic medicine in gastroenterology: A new approach or a new specialty? *World Journal of Gastroenterology*, 21(27), 8227–37. <http://doi.org/10.3748/wjg.v21.i27.8227>

Citado 2 veces

Siegel, R. M., Anneken, A., Duffy, C., Simmons, K., Hudgens, M., Kate Lockhart, M., & Shelly, J. (2015). Emoticon use Increases Plain Milk and Vegetable Purchase in a School Cafeteria without Adversely Affecting Total Milk Purchase. *Clinical Therapeutics*, 37(9), 1938–43. <http://doi.org/10.1016/j.clinthera.2015.07.016>

Citado 2 veces

Sikorski, C., Lupp, M., Angermeyer, M. C., Schomerus, G., Link, B., & Riedel-Heller, S. G. (2015). The association of BMI and social distance towards obese individuals is mediated by sympathy and understanding. *Social Science & Medicine* (1982), 128, 25–30. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.002>

Citado 2 veces

Vainik, U., Neseliler, S., Konstabel, K., Fellows, L. K., & Dagher, A. (2015). Eating traits questionnaires as a continuum of a single concept. Uncontrolled eating. *Appetite*, 90, 229–39. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.004>

Citado 3 veces

Verdejo-García, A., Verdejo-Román, J., Rio-Valle, J. S., Lacombe, J. A., Lagos, F. M., & Soriano-Mas, C. (2015). Dysfunctional involvement of emotion and reward brain regions on social decision making in excess weight adolescents. *Human Brain Mapping*, 36(1), 226–37. <http://doi.org/10.1002/hbm.22625>

Citado 3 veces



Lic. María del Socorro García Villegas

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE PSIC-OBESIDAD

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 de investigaciones originales, que abarquen aspectos psicológicos asociados a la obesidad y a la persona obesa: datos epidemiológicos, análisis y discusiones, informes de casos clínicos.

Aspectos socioculturales relacionados a la alimentación.

Propuestas para apoyar las estrategias dirigidas al fortalecimiento de conductas alimentarias sanas.

Reseñas de artículos o libros.

Colaboraciones e información sobre reuniones científicas.

En su contenido y estructura deberá adecuarse a las normas de la American Psychological Association (APA), en su sexta edición del inglés y tercera en español: <http://www.apastyle.org/>. 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. Si el autor incluye en su trabajo figuras pertenecientes a otros, deberá adjuntar los comprobantes de los permisos para su presentación. La información de otros autores deberá ser citada y la información de la fuente incluirla en las referencias. Pueden enviarse por correo electrónico: boletínpsicobesidad@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.

6. Próximas reuniones científica

SECO 2016

BARCELONA

21-23 junio
World Trade Center



18º

CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
DE LA OBESIDAD MÓRBIDA
Y DE LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS
y de la Sección de Obesidad de la AEC

IV CONGRESO IBÉRICO
DE CIRUGÍA DE OBESIDAD




www.seco.org

ICO
2016

VANCOUVER

CANADA

1 - 4
MAY
2016

<http://www.worldobesity.org/what-we-do/events/ico/intconob2016/>

XI Jornadas de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo

Grandes problemas metabólico-nutricionales:
la traslación desde el niño al adulto

19 y 20 de Mayo 2016

Centro de Extensión - Pontificia Universidad Católica de Chile
Avda. Libertador Bernardo O'Higgins, 340 - Santiago, Chile




www.achinumet.cl

XVIII CONGRESO

Nacional de Cirugía para la **Obesidad**
y Enfermedades Metabólicas **CMCOEM**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

13 al 16 de Julio de 2016

Pre Congreso, San Cristobal de las Casas

www.cmcoem.org.mx



