



Psic-Obesidad

Boletín electrónico de *Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*

ISSN: 2007-5502



Volumen 5, Número 18
Abril - Junio de 2015

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

Contenido	
Editorial	
1. Trabajos de difusión en investigación <i>Enfermedades asociadas a la obesidad</i> Lic. María del Carmen Bizarro Nevarez	3
2. F54 Factores psicológicos ... [316] <i>Neurosis: modelos conceptuales y el aprendizaje social</i> Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling	7
3. Acérquese... ricos tamales <i>Hábitos alimenticios saludables: recomendaciones para padres de familia</i> Mtra. Ana Lilia Muñoz Corona	12
4. Como, luego existo <i>Cuatro pilares en la prevención de la obesidad y el sobrepeso.: 1. La Cultura alimentaria</i> M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo	14
5. Colaboraciones <i>Reforma sobre obesidad; no toca el etiquetado</i> Carolina Gómez Mena	16
6. Próximas reuniones científicas	17
Normas de Publicación DE PSIC-OBESIDAD	18

Editorial

El sobrepeso y la obesidad, conceptualizados como enfermedades crónicas degenerativas son de larga duración y de avance lento. Estas dinámicas provocan en los sistemas orgánicos un agotamiento paulatino que llega a desembocar en disfunciones generalizadas o locales. Entre estas se encuentran las del sistema circulatorio, respiratorio o procesos tumorales y metabólicos como la Diabetes. Esta condición además es la responsable del 63% de las muertes de la población mundial.

La obesidad en cifras.

La Organización Mundial de la Salud reporta en el año 2015 cifras antecedentes y actuales a nivel mundial:

En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres. Esta amenaza creciente constituye una causa subestimada de pobreza y dificulta el desarrollo económico de muchos países (OMS, 2015).

En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tenían

DIRECTORIO UNAM

Dr. José Narro Robles
Rector

Dr. Eduardo Bárzana García
Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Secretario Administrativo

Dr. Francisco José Trigo Tavera
Secretario de Desarrollo Institucional

Lic. Enrique Balp Díaz
Secretario de Servicios a la Comunidad

Dr. César Iván Astudillo Reyes
Abogado General

Dr. Héctor Hiram Hernández Bringas
Coordinador de Planeación, Presupuestación y Evaluación

Dra. Estela Morales Campos
Coordinadora de Humanidades

Dr. Carlos Arámburo de la Hoz
Coordinador de la Investigación Científica

Dra. María Teresa Uriarte Castañeda
Coordinadora de Difusión Cultural

Lic. Renato Dávalos López
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

DR. 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 FERNANDEZ
Equipo de colaboradores

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

LIC. MARÍA DEL CARMEN BIZARRO NEVAREZ
MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA
CAROLINA GÓMEZ MENA

Colaboraciones e informes

Teléfonos: 56 23 06 12

Correos electrónicos:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx
raquelguillen2010@gmail.com

sobrepeso, el incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad en los niños ha sido un 30% superior en países en desarrollo con economías emergentes a diferencia de los países desarrollados.

En 2014, las cifras mundiales en obesidad aumentan: La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014.

Más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso. 1300 millones con sobrepeso y más de 600 millones con obesidad.

Por género:

Sobrepeso: el 39 por ciento de la población adulta (de 18 o más años): con el 40 por ciento de mujeres y el 38 por ciento de hombres.

Obesidad: el 13 por ciento de la población adulta (de 18 o más años): con el 15 por ciento de mujeres y el 11 por ciento de hombres.

En mayo de 2014 señaló:

- Las dietas malsanas y la inactividad física son dos de los principales factores de riesgo de hipertensión, hiperglucemia, hiperlipidemia, sobrepeso u obesidad y de las principales enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes. Consecuencias:

2,7 millones de muertes anuales son atribuibles a una ingesta insuficiente de frutas y verduras.

1,9 millones de muertes anuales son atribuibles a la inactividad física. (OMS, 2014)

En enero de 2015 publica en su nota informativa número 311, los datos más recientes del Sobrepeso y la Obesidad y destaca la atención preventiva bajo el modelo de Atención Primaria a la Salud. Las acciones que se pueden llevar a cabo son individuales donde la persona limite su consumo de alimentos con alto contenido energético; aumente el consumo de frutas, verduras y cereales; y realice actividad física periódica: los menores de edad una hora al día y los adultos 20 minutos cada día. Entre las acciones sociales son el establecer entornos favorables a la salud, políticas públicas, y privadas, el acceso a los alimentos sanos, accesibles a la economía familiar y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo.

El informe de 2015 mantiene como principales causas de la obesidad la ingesta de alimentos con alto contenido calórico, ricos en grasas, sales y azúcares; pobres en micronutrientes como las vitaminas y los minerales; la baja actividad física debida al tipo de movilidad urbana. En la propuesta de la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*, la OMS señaló que la Obesidad adulta e infantil, es un problema social y por consiguiente requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales.

El informe de 2015, resalta la importancia de los factores psicológicos y socioculturales, causales del sobrepeso y la obesidad son: con mayor frecuencia los cambios en los hábitos de alimentación y de actividad física se deben a los cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo, a la educación y a la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, agricultura, transporte, planeación urbana, ambiente, así como el proceso, distribución y comercialización de alimentos.

Las medidas individuales requieren ser apoyadas por los cambios ambientales que permitan al individuo una adaptación favorable a su salud y de su comunidad: disposición de alimentos sanos, espacios para el desarrollo de la actividad física y cursos para aprender los beneficios del cuidado a la salud y la prevención de riesgos.

En marzo de 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS), añade otra estrategia contra el sobrepeso y la obesidad que consiste en la reducción en el consumo de azúcares.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de Salud (2015). Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Disponible en http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/. Acceso 4-20-03.
- Organización Mundial de Salud (2015). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. Acceso 4-20-03.
- Organización Mundial de Salud (2015). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>. Acceso 4-20-03.
- LEY PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO CONTRA LA OBESIDAD Y SOBREPESO (Última Reforma: 22-04-2015). Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos. Dirección General de Legislación. Subdirección de Informática Jurídica. Morelos, México.

1. Trabajos de difusión en investigación

ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD

Las enfermedades que con mayor frecuencia se asocian con la Obesidad son la Diabetes Mellitus Tipo II, la hiperlipidemia y la hiperuricemia. De todas ellas conllevan un mayor deterioro en la calidad de vida de quienes las padecen.

Como refiere Abad (2015), el niño gordito es aun sinónimo de *bien alimentado y saludable*. La dificultad cognoscitiva se presenta cuando esta condición corporal desencadena problemas de salud durante el desarrollo y la adultez. Dos grandes enfermedades metabólicas asociadas al sobrepeso son la Diabetes y las Cardiovasculares, que se presentan en el individuo tras un largo período de forma silenciosa. Indicadores subclínicos se pueden encontrar en personas con la presencia de hígado graso, lesiones en las articulaciones e inicio temprano de la pubertad.

Las personas obesas adultas desarrollan: las mujeres ovarios poli quísticos; los hombres menor calidad del semen y alteraciones hormonales. Los factores psicológicos asociados a la obesidad en la infancia se concentran en los emocionales, la conducta alimentaria y en la personalidad. Mientras que los factores sociales son el entorno obeso-génico que afecta principalmente a los menores de edad quienes no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen. Asimismo, tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento. Estos factores en su conjunto merecen una atención especial en la lucha contra la epidemia de obesidad (OMS, 2015).

Dugdale (2013) señala tres factores a considerar para determinar si la acumulación de masa grasa corporal que tiene una persona la coloca en un mayor riesgo para presentar enfermedades relacionadas con la obesidad y son:

- El índice de masa corporal (IMC).
- La medida de la cintura (la cadera y su resultado).
- Factores de riesgo asociado (orgánico, psicológico, sociocultural o ambiental).

Los problemas en Salud asociados a la obesidad más sobresalientes desde 1998 se describen a continuación.

DIABETES TIPO II

La Diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por un aumento de la concentración de glucosa en sangre (glucemia). Entre sus causas se encuentra la baja en la producción por el páncreas de insulina necesaria para las funciones del organismo. La llamada Diabetes tipo II, se caracteriza por una tolerancia patológica a los hidratos de carbono y se presenta en personas obesas con síntomas de polidipsia discreta, polifagia, poliuria (mayor frecuencia la sensación de sed, del comer y del volumen en la emisión de orina superior al esperado), y neuropatía periférica leve. La evolución natural del diabético obeso, es un progresivo agotamiento de la secreción de insulina que conlleva a igual pérdida de masa adiposa y presentarse como diabético insulinoresistente. En ese momento es insuficiente un tratamiento con dieta o hipoglucemiantes orales, el individuo requiere de la administración de insulina exógena (Saldaña y Rossell, 1988)

HIPERLIPIDEMIAS

Esta alteración consiste en la presencia de elevados niveles de lípidos (moléculas grasas) y lipoproteínas en la sangre. (WEB, endocrinología, 2015). Los individuos obesos presentan concentraciones sanguíneas de lípidos más elevadas que los no obesos, los valores de colesterol, triglicéridos, ácidos grasos libres y fosfolípidos en plasma y de beta lipoproteínas. Debido posiblemente al aumento de lipogénesis hepática, junto con la inadecuada alimentación. A su vez, constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de la arterioesclerosis (Salvador Rodríguez, 2013).

HIPERURICEMIA

La hiperuricemia es un exceso de ácido úrico en la sangre. Este ácido pasa, a través del hígado al torrente sanguíneo. Los valores normales en son entre 2,4 y 6,0 mg/dL (para las mujeres) y entre 3,4 y 7,0 mg/dL (para los hombres). Los niveles plasmáticos de ácido úrico son elevados en los obesos, ya que una ingesta excesiva aporta mayor cantidad de purinas y contribuye a un incremento de producción de ácido úrico, lo que provoca mayor eliminación renal. La obesidad causa resistencia a la insulina, que puede conducir a la hiperuricemia y por lo tanto a la Gota.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Existe una estrecha correlación entre el grado de obesidad y los valores de tensión arterial, especialmente en la tensión diastólica. Además, el aumento de la tensión arterial relacionado con la edad puede estar relacionado con el sobrepeso. La causa de la especial prevalencia de hipertensión en los individuos obesos no es bien conocida, sugiriéndose que podría influir una mayor ingesta de sal y de calorías; por tanto la reducción del grado de obesidad producirá un descenso o normalización de cifras tensionales (Severs, 1980, en Saldaña y Rossell, 1988).

INSUFICIENCIA CARDIACA

Comprende un complejo síndrome resultado de alguna anomalía anatómica o funcional que altera la capacidad del corazón para bombear sangre de forma adecuada lo que genera además un gasto cardíaco insuficiente para cubrir las demandas del organismo en sus diferentes estados, de reposo o en actividad. En el caso de la persona obesa, esta problemática aumenta su morbilidad.

CARDIOPATIA ISQUÉMICA

La cardiopatía isquémica se refiere al proceso que va de la angina de pecho al infarto al miocardio, causado por la disminución en el suministro de oxígeno al corazón debida a la obstrucción de la irrigación sanguínea procedente de las arterias coronarias. Se puede presentar de dos tipos: angina aguda o angina crónica. La obstrucción de las arterias se puede deber al estrechamiento del calibre de los vasos por la aterosclerosis consistente en el depósito de material fibroadiposo en el interior de los vasos sanguíneos. La muerte por enfermedad coronaria es superior en pacientes con mayor obesidad que en pacientes con menor obesidad. Los estudios de Framingham en 1976 (en Saldaña y Rossell, 1988), mostraron que las personas obesas tenían una incidencia doble de infarto cerebral y de insuficiencia cardíaca congestiva que las no obesas. Además describieron anomalías por electrocardiogramas en estos pacientes con alteraciones hemodinámicas que favorecen la presentación de trastornos cardíacos como la presión arterial, el gasto cardíaco y el retorno venoso (O'Donnella, & Elosuab, 2008). En los obesos a partir de los 30 años, y más frecuente en mujeres, presentan dificultad para el retorno venoso y esto, se traduce en edemas en las extremidades inferiores.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ASOCIADAS

Los sujetos obesos, presentan una disminución del volumen de reserva respiratoria. Para poder mantener un intercambio gaseoso normal, el obeso hiperventila y presenta un incremento en la demanda de oxígeno. La acumulación excesiva de grasa en la caja torácica produce un deterioro en las funciones mecánicas y circulatorias del pulmón. Cuando este deterioro se extrema, aparecen dificultades respiratorias que se traducen en hipoxia, hipercapnia, policitemia, plétora y edema; y que se pueden convertir en hipertensión pulmonar, hipervolemia e hipertrofia ventricular derecha. A estos trastornos se les conoce como "síndrome de obesidad-hipoventilación" o hipoventilación inducida por la obesidad

LITIASIS BILIAR

La bilis se fabrica en el hígado, se almacena en la vesícula biliar y es expulsada hacia el intestino delgado a través de unos conductos biliares, el principal de los cuales se llama colédoco, para participar en la digestión de los alimentos. Llamamos litiasis biliar a la presencia de cálculos o "piedras" en la vesícula biliar o en los conductos biliares (Moreira & López, 2005).

En mujeres con un sobrepeso superior al 100% del peso ideal, la incidencia de cálculos biliares es del 35% y en los hombres con peso moderado es de 43% (Drenick et al., 1980). La causa se ha contribuido a una mayor capacidad litogénica de la bilis de los obesos por el colesterol aumentado.

RIESGO OPERATORIO Y CANCER

Las dificultades que presentan los pacientes obesos son las complicaciones en las intervenciones quirúrgicas como la insuficiencia respiratoria, las infecciones, el retardo en la cicatrización. Con relación al Cáncer. La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de endometrio y de mama, producido por la hiperestrogenia ligada a la obesidad. Las relaciones entre la obesidad y el cáncer son muy estrechas. Su localización se puede encontrar en distintos aparatos y sistemas con lo señala Vanrell

et al., en 2008; en cánceres digestivos, de próstata, mamarios, uterinos en las mujeres. No todas las personas obesas tienen cáncer de este tipo. La hipertensión arterial, la arteriosclerosis y la insuficiencia respiratoria frecuentes en los obesos, repercuten en la función contráctil del ventrículo. Estas alteraciones pueden llevar al paciente obeso a la muerte de origen cardíaco.

Es importante destacar el papel de la psicología en la prevención de enfermedades asociadas con la obesidad y el sobrepeso, incidiendo en los factores de riesgo asociados de tipo psicológico, ambiental y en durante el tratamiento.



Modificado de:

<http://obesidadysobrepeso.es/obesidad-como-factor-de-riesgo/>

REFERENCIAS

- Abad, C. (2015). *¿Dejarás que tus hijos formen parte de la estadística?* Disponible en <http://blogcomiendosalud.blogspot.mx/2014/09/dejaras-que-tus-hijos-formen-parte-de.html>. Acceso 09-10-2014.
- Drenick, E.J., Bale, G.S., Seltzer, F., & Johnson, D.G. (1980). Excessive mortality and causes of death in morbidly obese men. *JAMA*, 243(5), 443 - 445.
- Dugdale III, D.C. (2013). Division of General Medicine, Department of Medicine, University of Washington School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Bethanne Black, and the A.D.A.M. Editorial Team. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000348.htm>. Acceso 3-03-2015
- Framingham Heart Study. Risk Score Profile*. Disponible en: <http://www.framinghamheartstudy.org/risk/index.html>. Acceso el 17 de abril de 2013.
- Hiperlipidemias*. Disponible en: <http://www.endocrinologia.org.mx/imagenes/archivos/Hiperlipidemias.pdf>. Acceso 29-03-2015.
- http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2006/10/23/156598.php#sthash.C3oT2jk9.dpuf
- Jiménez Olavarrieta, J.J. (1998). Síndrome de Pickwickian (Síndrome de hipoventilación). *Acta Medica Dominicana*, 20(06), 228 - 230.
- Moreira, V.F., & López San Román, A. (2005). Litiasis biliar. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 97 (10), 752.
- O'Donnella, C.J. & Elosuab, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol*, 61, 299 - 310.
- OMS. (2015). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Disponible en http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/. Acceso 7-03-2015.
- Saldaña, C. & Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona. Martínez Roca.
- Salvador Rodríguez, F.J. (2013). *Hiperlipidemias*. Clínica Universitaria de Navarra. Disponible en <http://www.cun.es/areadesalud/enfermedades/endocrinologicas/hiperlipemias/>. Acceso 16-02-2015

Vanrell, M. C., Maselli, M. E., Recalde, G.M, Di Milta, N., López Fontana, C., Pérez Elizalde, R., & López Laur, J. D. (2008). Obesidad y Cáncer. *Revista de Bioanálisis*, 5(22), 31 - 36. Disponible en http://www.revistabioanalisis.com/arxius/notas/nota5_22.pdf. Acceso 29-03-2015.

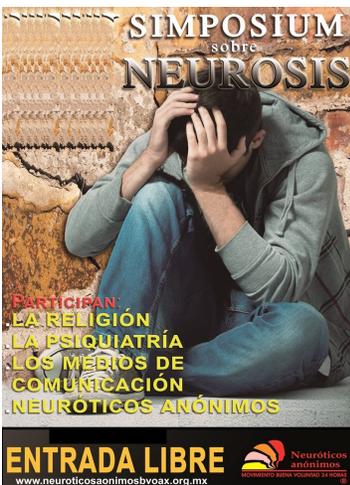
Lic. María del Carmen Bizarro Nevarez

2. F54 Factores psicológicos... [316]

NEUROSIS: MODELOS CONCEPTUALES Y EL APRENDIZAJE SOCIAL

La Clasificación Diagnóstica de los Trastornos Mentales elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), es un sistema que permite ubicar en un lenguaje claro y universal, la problemática del paciente. Su empleo por varios modelos de la Psicología Clínica es muy destacado. Bajo el psicoanálisis se combina el modelo tradicional de diagnóstico que utiliza los términos neurosis y psicosis, con el moderno modelo de los trastornos mentales. Para el modelo del aprendizaje social, Neurosis es Trastorno que se caracteriza por modalidades de emoción, conducta, cognición y personalidad, distintivos en cuanto edad, género, cultura y relaciones interpersonales, todas ellas en una dinámica adaptativa y compensatoria a las limitaciones del individuo. Los resultados que obtiene el individuo de esa movilización son: la tranquilidad emocional (sin angustia), la justificación razonada de sus ideas (distorsionadas), la realización de conductas con objetivos y metas (con déficits o excesos) acorde con su personalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, definió la Salud (integral) como el completo bienestar físico, mental y social, afectan la calidad de vida y las expectativas de salud, el apoyo social, la autoestima y la habilidad superar las discapacidades: dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

El estudio en torno a la neurosis, como factor asociado a la obesidad, se realiza a partir del IX Simposio de Neurosis, organizado por el Movimiento de Buena Voluntad 24 horas, en enero de 1992*



En este evento se puso de manifiesto que las enfermedades mentales y emocionales son el problema de Salud Pública número uno a nivel mundial, alcanzando la neurosis un alto porcentaje en la población mundial según datos de la Organización Mundial de la Salud (1992). Además surgieron diferentes puntos de vista con el objetivo de analizar esta enfermedad, desde la religión por Luis López Thor, por los medios de comunicación por Carlos Monsiváis, el de Psiquiatría por Giuseppe Amara y una persona de parte de Neuróticos Anónimos. Los diversos enfoques permitieron conocer la importancia de la neurosis en los ámbitos del individuo y la influencia de la sociedad.

* Evento anual del Movimiento Buena Voluntad 24 Horas de Neuróticos Anónimos que organiza el Simposio acerca de la neurosis, con la participación de personalidades de diversas especialidades: sacerdotes, doctores, comunicadores, sociólogos, historiadores, psiquiatras, psicólogos y otros; para que expresen su punto de vista profesional sobre su Programa de Recuperación, las causas y las consecuencias más significativas de la neurosis, así como sus conclusiones personales sobre esta enfermedad

Conceptualizaciones acerca de la Neurosis

Durante los dos últimos siglos, el número y la naturaleza de los problemas dentro del término de Neurosis han ido cambiando de manera extraordinaria. El grupo de enfermedades originalmente consideradas como alteraciones nerviosas fue reduciéndose a fines del siglo XIX y de nuevo volvió a aumentar debido al influjo de una serie de factores (Marks, 1986). El concepto de enfermedad nerviosa cristalizó definitivamente en 1765 gracias a una obra escrita por el médico escocés Robert Whytt (1751, en Pérez & Álvarez, 2013), pasó al estudio de la médula espinal por ser físicamente más accesible que el cerebro y menos compleja. Este médico propuso que las enfermedades nerviosas se basan en una predisposición de hipersensibilidad de los nervios, que ante desencadenantes difusos de sensaciones y movimientos anormales, como temblores, convulsiones, desmayos y demás: “Merecen especialmente el calificativo de nerviosas las enfermedades que, debido a una sensibilidad inusual o estado anormal de los nervios, están producidas por causas que en personas de constitución sana no tienen tales efectos o, al menos, son mucho menores” (López, 1985, pág. 28). De aquí la anorexia nervosa fue conocida como una atrofia nerviosa, donde se asocian la inanición y la bradicardia, consecuencias de la lesión cerebral.

Posteriormente *Neurosis* como término empleado por William Cullen (1769, quien lo usó por primera vez en su Sistema de Nosología Metódica, en 1769, en Coleman et al., 1988) llamó así a las sensaciones desordenadas del Sistema Nervioso. Su base cerebral proyectada en la conducta disfuncional se mantuvo por más de un siglo.

La neurosis definida por Collen (en Marks, 1986), abarcaba varias enfermedades: melancolía, manía, hipocondría, histeria, palpitaciones, apoplejía, disquinesia, epilepsia, asma, diabetes, entre otras. De acuerdo Rivera Salazar & Murillo Villa (2007) esta conceptualización es empleada en la actualidad por su importancia en la psicología clínica al constituir:

- Una categoría que conceptualiza un fenómeno observable en la práctica clínica.
- El fenómeno es anómalo al campo de la clínica médica, pero tratado por la clínica psicológica.
- Designa un fenómeno de gran impacto para la salud de las personas, que afecta al individuo en su aspecto funcional en forma generalizada (pág. 177).

Para Maudsley (1876/2012), las enfermedades eran: la locura, epilepsia y otras neurosis. En 1909 Pierre Janet publica *Las neurosis*, obra en la que establece el concepto de "enfermedad funcional" frente al modelo anatómico-fisiológico. Desarrolla así el paradigma médico que basa el daño en la función orgánica. Las funciones superiores, adaptativas cuando se alteran o debilitan producen un estado de nerviosismo cuya expresión es superior a otros estados alterados como la agitación o la histeria.

La propuesta de S. Freud (1916) la neurosis se basó en procesos intra-psíquicos. A finales del siglo XIX, este autor trabajó por siete años en las bases psicológicas de la neurosis. Distinguió varios tipos de neurosis en base a las manifestaciones generadas por la angustia: fóbicas, obsesivo-compulsivas, depresivas, neurasténicas, de despersonalización, hipocondríacas e histéricas. La persona neurótica la describe como aquella que en virtud de una organización rebelde sólo han conseguido, bajo el influjo de los reclamos culturales, una calma aparente, cuyo progresivo fracaso de la acción de sus pulsiones, conlleva a un gran gasto de energías con un desgaste interior y baja productividad, hasta presentarse como enfermo (Freud 1908/1980). Para Horney (1950, en Rivera Salazar & Murillo Villa, 2007), el término neurótico se empleaba de manera despectiva para referirse a la persona que se encontraba

fuera de norma social y sustituto de holgazán, pusilánime, caprichoso o suspicaz.

En la segunda mitad del siglo XX, el concepto de neurosis se ha empleado en dos vertientes. Una donde se describen el conjunto de signos y síntomas de una enfermedad mental como estados de ansiedad, neurosis obsesivo-compulsiva, trastornos fóbicos o histeria. Otra describe la conducta neurótica como la desadaptada, repetitiva y particularmente en un contexto interpersonal, caracterizada por conflicto y dolor. Con la llegada de la escuela positivista, el concepto de neurosis se mantuvo bajo la influencia del aprendizaje y de la estimulación ambiental. En 1988, Coleman et al., (sostienen que la neurosis es una reacción a la exposición constante de situaciones que generan estrés. Por un aprendizaje inadecuado desde una etapa temprana de desarrollo, la persona es incapaz de enfrentar las dificultades que se le presentan generando estados de amenaza y de angustia.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, se encuentran varios autores que abordan la Neurosis desde la base conceptual: paradigma conductual, cognoscitivo e integral. La integración de la estimulación ambiental, su carga emocional por las relaciones interpersonales familiares y sociales, aportan al individuo elementos para llevar a cabo un desarrollo adaptativo. Sus acciones traen consecuencias en premios, castigos, aprobación o desaprobación relacionado con la satisfacción de sus necesidades básicas: cobijo, nutrición, higiene y protección. Mahoney & Freeman en 1988, señalan que el niño en desarrollo es capaz progresivamente de reconocer los aspectos invariantes por los cuales se define y se evalúa como persona, a partir de las interacciones interpersonales continuas, como *fenómeno de espejo* (Popper & Eccles, 1977); la ruptura con el vínculo afectivo del menor con personas importantes de su contexto, el papel que tiene el bloqueo de las experiencias emocionalmente significativas y que no alcanzan un procesamiento consciente, dan lugar a la conducta desadaptativa (Bowlby, 1985).



<http://misterioparanormal.com/2013/12/16/>

Ellis (2000), aborda la neurosis como consecuencia de los procesos cognoscitivos distorsionados o irracionales, las conductas manifiestas y las emociones de tipo negativo que se instalan en los llamados conflictos neuróticos. La persona elabora conceptos erróneos del sí mismo que lo conducen a desajustes como: obstaculizar su mundo interno y los vínculos externos con esquemas equivocados que pueden producir fracasos en todos los aspectos de su vida. Ellis (en Cuevas, 1982), plantea que la irracionalidad se refiere a cualquier pensamiento, emoción o conducta que interfiera desfavorablemente en la sobrevida y felicidad del individuo y con ello se presenta la neurosis.

A partir de 1988, el término neurosis fue eliminado como categoría diagnóstica de la psicopatología descriptiva sostenida en los Estados Unidos por la American Psychiatric Association (APA) en (1998), en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III, derivándose a las categorías diagnóstica de “Trastorno”. La identificación de la entonces Neurosis con las sintomatologías se encuentran en el cuadro 1, que en el Manual Diagnóstico de los trastornos Mentales DSM V (2013) corresponde a los trastornos y a su sintomatología.

Cuadro 1: Tipos de neurosis y sus características sintomáticas y criterios del DSM V

Tipo de Neurosis	Características	DSM V*
	Ataques de angustia que pueden coincidir con síntomas físicos	
Angustia	Angustia episódica difusa en ataques; molestias somáticas parestesias, mareos y pesimismo Obesidad	Desregulación Disruptiva del Estado de Animo (DMDD)
Depresivas	Autocrítica excesiva en forma episódica, disminución de la confianza y de la autoestima se acompaña de molestias físicas Obesidad	Adicción a las relaciones sexuales o trastorno hipersexual Adicción a jugar en Internet.
Despersonalización	Sentimientos de irrealidad y de extrañeza hacia determinadas partes del cuerpo, hacia sí mismo y hacia el ambiente, se pueden presentar episodios de pánico Obesidad	
Fóbicas	Miedos intensos irracionales hacia objetos o situaciones;	
Hipocondríacas	Preocupación con respecto a los procesos orgánicos, acompañados de quejas múltiples de tipo físico, es común la depresión	
Histéricas de tipo:		
a) Conversivo	Parálisis paradójicas, crisis convulsivas, diferencias sensoriales y dolor; viven una actitud de indiferencia.	
b) Disociativo	Alteraciones de la consciencia y del sentido de identidad, la angustia no es evidente	Trastorno del espectro autista.
Neurasténicas	Debilidad, fatigabilidad, con un bajo grado de autoestima	
Obsesivo compulsivas	Pensamientos persistentes de contenido angustioso y actos incontrolables, se nota depresión y sentimiento de culpa	La adicción a la comida Obesidad Acaparamiento compulsivo
		Abuso y dependencia de sustancias; Trastorno del aprendizaje, anomalías en la adquisición del lenguaje, su uso oral, escrito o de expresión de conceptos matemáticos.

* La actualización de los criterios diagnósticos desde 2014 se está actualizando de forma constante.

De suma importancia esta clasificación en la cual los modelos psicológicos clínicos siguen utilizando los significados de Neurosis adecuados a la terminología moderna. En particular los factores psicológicos asociados con el sobrepeso y la obesidad pueden ser clasificados en cuanto a la modalidad involucrada y su explicación referida al cuerpo conceptual que le sustenta.



REFERENCIAS

- American Psychiatric Association* (1998). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3th Edition. DSM-III. USA. APA.
- American Psychiatric Association* (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. DSM-5. USA. APA.
- Bowlby, J.(1985). The role of childhood experience in cognitive disturbance. En M.J. Mahoney & A. Freeman (comp.) *Cognitividad and Psicoterapia*, N.Y. Plenum
- Coleman, J.C., Butcher, J.N., Carson, R.C., & Foreman, S. (1988) *Psicología de la anormalidad y vida moderna*. México. Trillas
- Cuevas Sosa, A. A. (1982). *Psicoanálisis y Conductismo Cognoscitivo*. México. Ediciones científicas mexicanas.
- Ellis, A. (2000) *Vivir en una sociedad irracional*. Barcelona. Paidós,
- Freud, S. (1908/1980) La moral sexual 'cultural' y la nerviosidad moderna. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry & L. Wolfson (Trads.). *Obras completas T. 9* (pp. 159-181). Buenos Aires: Amorrortu.
- López P., J.M. (1985). *Orígenes históricos del concepto de neurosis*. Madrid. Alianza.
- Mahoney, M. & Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- Marks, I. (1986) *Tratamiento de las neurosis: teoría y práctica*. Barcelona. Martínez Roca.
- Maudsley, H. (1876/2012). *The Physiology of Mind*. USA, Nabu Press.
- Neurosis*. Wikipedia (2015) Fundación Wikimedia, Inc. Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Neurosis>. acceso 7-02-2014
- Pérez, D. & Alvarez, M. (2013). *Psicofisiología*. Disponible en <http://portalpsicobiologia.blogspot.mx/p/psicofisiologia.html>. Acceso 7-02-2014
- Popper, K.R., & Eccles, J.C. (1977). *The self and its brain*. N.Y. Springer International.
- Rivera Salazar, J. L., Murillo Villa, J.A., & Sierra Rubio, M.Á. (2007). El concepto de neurosis de William Cullen como revolución científica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1), 157 - 178.
- Simposio Neurosis*: <http://neuroticosanonimosboax.org.mx/index.php/2013-09-06-07-26-11/simposium>
- Velarde-Jurado E. & Avila-Figueroa C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica de México*, 44, 349 - 361.

3. Acérquese... ricos tamales

HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES RECOMENDACIONES PARA PADRES DE FAMILIA

Los padres de familia pueden ayudar a sus hijos a adquirir hábitos de alimentación saludables. Con bajo costo económico y alto rendimiento. Recuerde que los alimentos, la actividad física y el estado emocional van de la mano. Desarrolle hábitos saludables y aprenda a convivir mejor.

A continuación se describe una lista de recomendaciones, tome nota y ponga en práctica las que sean más adecuadas a su condición familiar:

Disfruten sus comidas en familia

Participe en actividades para toda la familia

Limite la cantidad de tiempo que sus hijos pueden mirar la TV o el Videojuego

Sirva porciones de comida adecuada a cada miembro de la familia,

Sean modelos de comportamiento saludables a sus hijos en adecuadas: porciones de alimentos, nutrientes, bebidas, actividad física, uso de cubiertos, horarios y lugar de consumo, entre otros.

Planifiquen las comidas y mejoren la selección de los alimentos de acuerdo a su calidad o valor nutritivo

Vigile lo que su hijo o hija come en la escuela

Evite proporcionar al menor alimento como recompensas

Comparta con el resto de su familia y amigos sus hábitos saludables

Reduzca el estado de tensión o estrés cotidiano, sean padres amigables no autoridades inalcanzables

Apyen a sus hijos a su desarrollo, en su Autoconcepto, autoestima y en su imagen corporal positiva.

Establezcan objetivos y límites específicos en obligaciones, juegos, convivencias, alimentos, consumos, horario de descanso, de actividades, entre otras. Mientras más claros sean mayor comunicación obtendrán. Aquí eviten los extremos, muy rígidos o muy flexibles. La medida es el respeto y la sana convivencia sana.

Su hijo o hija es su gordito adorado o gordita querida, es de mucho aprecio, evite los estigmas.

Su hijo o hija es una persona que tiene sobrepeso (u obesidad), que requiere atención para su condición de peso y prevenir riesgos (presentes y futuros) a su salud.

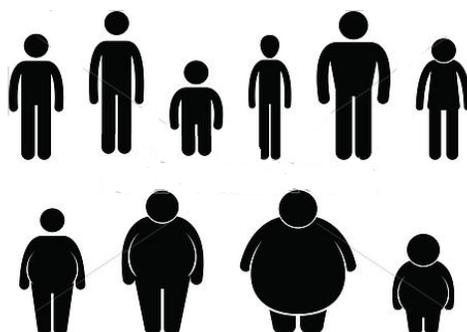


Figura 1: Pictogramas de diversas composiciones corporales. Fuente: http://www.canstockphoto.com/illustration/anorexia.html#file_view.php?id=10590625

En cuanto a la calidad de los alimentos se recomienda:

A mayor variedad de alimentos exista en la dieta, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y de que contiene todos los nutrientes necesarios.

Los cereales (pan, pasta o arroz, las papas y legumbres deben constituir la base de la alimentación, de manera que los hidratos de carbono representen entre el 50% y el 60% de las calorías de la dieta.

Se recomienda que las grasas no superen el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos.

Las proteínas deben aportar entre el 10% y el 15% de las calorías totales, debiendo combinar proteínas de origen animal y vegetal.

Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 gr./ día. Eso es, consumir, como mínimo, 5 raciones al día de estos alimentos.

Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos.

Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 5 gr./día, y promover la utilización de sal yodada.

Beber ocho vasos de agua simple al día.

En el desayuno incorporar lácteos, cereales (pan, galletas o cereales y frutas , además de alguna proteína.



ADECUADA ALIMENTACIÓN EN LAS LONCHERAS ESCOLARES. (2015) Disponible en <http://www.css.gob.pa/web/10-mar-2015loncheras.html>. Acceso internet 06-05-2015

Lecturas recomendadas:

ACUERDO mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional. Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5344984&fecha=16/05/2014.

García M, Pardío J, Arroyo P, Fernández V. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estud Cult Contemp*, 14, 9 - 46.

Moreiras O, Cuadrado C. (2001). Hábitos alimentarios. Barcelona, Tojo.

Ponce E. (2010). Programa de Acción en el Contexto Escolar. México. Secretaría de Educación Pública.

Ramos, P., Pérez de Eulate, L., & Latorre, M. (2005). ¿Qué saben los padres sobre los hábitos nutricionales de sus hijos adolescentes? *Revista de Psicodidáctica*, 10(1), 149 – 162.

Mtra. Ana Lilia Muñoz Corona

4. Como, luego existo

CUATRO PILARES EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

El presente artículo se encuentra dividido en cuatro partes que son los pilares fundamental en la prevención de la obesidad y que consisten en: 1 La cultura alimentaria; 2. La actividad física; 3. Las emociones y 4. La imagen corporal.

1. La Cultura alimentaria

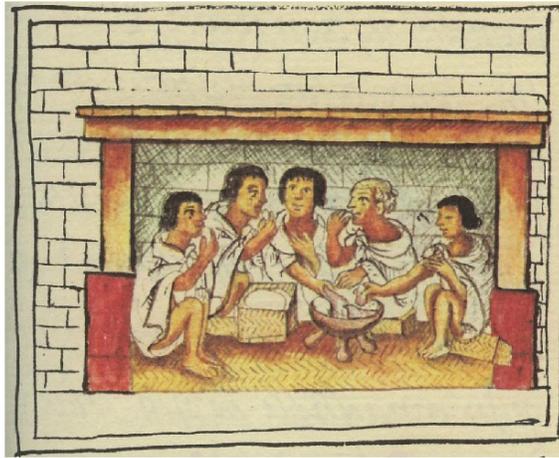
Integrada por las actitudes, percepción, creencias y comportamientos relacionados con la alimentación, la cultura alimentaria se encuentra en el sustrato de las actividades humanas y con ellas la búsqueda al cubrimiento de las necesidades básicas donde se encuentra la alimentación. En el México actual, la mayor disposición de alimentos de bajo costo y de fácil acceso para la población urbana son las porciones "T": tamales, teleras, tacos, tortas, tortillas, tlacoyos, entre otros, tienen la consecuencia es que "T acostumbres a comerlas" de manera preferentemente por su sabor, textura y variedad. Las maneras de comer y el habitus son muy diversos:

"El consumidor no sólo está saboreando lo que come, sino también lo que la comida significa para él en términos de tradición, valores económicos y sociales, sentimientos, y, posiblemente aún más significativo, las actitudes hacia la persona que proporciona y prepara la comida. La comida consumida por un niño representa su aceptación de lo que se le facilita para que pueda sobrevivir, física y psicológicamente, y probablemente se convertirá en el patrón con el que seleccionará y rechazará los alimentos a lo largo de su vida." (Shack, 1995. En Contreras, página 119).

Si bien estos alimentos forman parte de la riqueza gastronómica del país y en sí mismos no son perjudiciales a la salud, los hábitos de consumo inadecuados son los dañinos. Patrones de consumo alimentario con poca variedad, caros o baratos con altos niveles de grasa, sales y azúcares, acompañados de bebidas con alto contenido calórico y de las llamadas bebidas de dieta.

"La dieta azteca incluía una impresionante variedad de animales; pavos y diversas aves de corral, además de tuzas, iguanas, ajolotes (un tipo de salamandras común en el lago de Texcoco), camarones, pescado y una gran variedad de insectos, huevos y larvas de insectos. También consumían diversos hongos y setas, especialmente el huitlacoche, un hongo parásito que crece en las mazorcas del maíz. La calabaza era muy popular y se le encontraba en muchas variedades diferentes en los mercados del México prehispánico; también eran consumidas sus semillas, ya fueran frescas, secas o tostadas, eran especialmente populares. Los tomates también eran un ingrediente común, aunque se consumían diferentes variedades a las actuales; se le consumía a menudo mezclado con chile en salsas o como relleno para tamales (Wikipedia, 2014)

La base de la alimentación actual es derivada de la producción industrial y los alimentos orgánicos han sido manipulados genéticamente y expuestos a contaminantes ambientales. La nutrición actual para la población en general contiene grandes cantidad de químicos y bajos niveles nutricionales. La adaptación del individuo como ser humano con una evolución de cerca de 10 millones de años, va al mercado o tianguis a recoger los productos del campo, a la tienda de la esquina por sus bebidas azucaradas y a la fonda por su comida económica. La alimentación a nivel mundial ha favorecido la disposición de alimentos a costa de su salud.



Personas aztecas en un almuerzo Códice Florentino, siglo XVI. Fuente:
https://es.wikipedia.org/wiki/Gastronom%C3%ADa_mexica

PASADO



En México no hay comida chatarra, sino dietas chatarra: industria.
 Agosto 19, 2013. Disponible en
<http://www.contextodetamaulipas.info/contenido/?p=70011>

PRESENTE

Como medidas de prevención de la obesidad actual, en México se implementó en 2014 el impuesto a las bebidas de alto contenido calórico y azucarado. Situación que no ha cambiado el hábito de consumo:

“Entonces, la solución para lograr reducir el consumo de este tipo de alimentos debe provenir de la educación de las familias mexicanas; se debe fomentar un cambio de hábitos de consumo en los niños, inculcándoles una alimentación sana, que no contenga tantos azúcares, grasas y carbohidratos; es decir, inculcándoles una alimentación balanceada... el volumen de compra en el Distrito Federal y particularmente el de las clases media y baja ha mermado su economía, aunque su consumo no se ha reducido hasta el momento. (Morales Bañuelos, 2014).

Las medidas en la prevención de la obesidad requieren tomar en cuenta la cultura alimentaria en la cual está inmersa la problemática en salud. Por lo que la propuesta es:

- ◆ Diferenciar la comida gastronómica mexicana de la “comida chatarra”
- ◆ Incidir en la prevención directa a los individuos que presentan sobrepeso y obesidad, y
- ◆ Considerar la cultura alimentaria propia de los individuos y su sociedad, con sus patrones, creencias y precepciones sobre su salud.

REFERENCIAS

- Contreras Hernández, J. (1992). *Antropología de la Alimentación*, España, Eudema
- Gastronomía mexicana* (2015). Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Gastronom%C3%ADa_mexica. Acceso 07-12-2014
- Impuesto consumo*. (2014). Disponible en <http://direccionestrategica.itam.mx/impacto-del-impuesto-sobre-alimentos-no-basicos-con-alta-densidad-calorica-y-bebidas-azucaradas/>. Acceso 19-12-2014.
- Morales Bañuelos, P. (2014). *Impacto del Impuesto sobre Alimentos no Básicos con Alta Densidad Calórica y Bebidas Azucaradas*. México, Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Disponible en: <http://direccionestrategica.itam.mx/impacto-del-impuesto-sobre-alimentos-no-basicos-con-alta-densidad-calorica-y-bebidas-azucaradas/>. Acceso 07-02-2015.

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

5. Colaboraciones

REFORMA SOBRE OBESIDAD: NO TOCA EL ETIQUETADO

La Editora de Psic-Obesidad Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling fue entrevistada el pasado sábado 11 de abril de 2015, por el Periódico de circulación nacional e internacional “La Jornada”, 11 de abril de 2015, acerca de la Obesidad y de la Ley General de Salud que hace injerencia sobre los productos chatarra y del seguimiento en las escuelas sobre la obesidad infantil.

Dificultades operativas

La reforma no trae nada nuevo. Está bien la prohibición de la publicidad de productos sin valor nutricional dentro de las escuelas, pero en realidad no hay nada trascendente; se mantiene el etiquetado engañoso, el cual va a hacer más daño porque promueve el consumo de altas cantidades de azúcar, y habría que ver si la regulación aprobada se aplica en las escuelas. Esto, frente a la dimensión del problema y de las denuncias que hemos hecho, es poco. Se suma que la regulación de la publicidad dirigida a niños está totalmente limitada, porque no regula los programas (de televisión) que más ven.

Aparte, la doctora Raquel Guillén Riebeling, académica de la FES Zaragoza de la UNAM, señaló que aunque en el papel las disposiciones para frenar y reducir el sobrepeso y la obesidad fueran adecuadas, sólo en los hechos se medirá el impacto. Subrayó que se requiere capacitación y educación para que medidas como el registro de talla, peso e índice de masa de los niños se traduzcan en un cambio de hábitos. Puede haber grandes dificultades en la parte operativa, advirtió.

Sobre el retiro de la publicidad de productos chatarra de las escuelas, recordó la enorme presión que ejercen las grandes corporaciones en los ámbitos jurídico, político y económico, aunadas a que no dan toda la información sobre cantidades de grasa, azúcares y sales que tienen sus productos. Incluso, dijo, algunas empresas han reducido los precios de sus productos para que tengan mayor acceso. De ahí, que ahora la obesidad y sobrepeso sean mayores en las clases con menores recursos y en las marginales urbanas.

Subrayó que no basta quitar esa publicidad de los centros escolares, sino que es necesario introducir alimentos que contengan los nutrientes básicos, mejor calidad, y apuntó que las etiquetas de los alimentos y bebidas deberían ser de fácil lectura y comprensibles para toda persona.

Expresó que el etiquetado del semáforo favorece la información que se da al consumidor y por ende la elección que éste pueda hacer.

La académica, cuya línea de investigación es la obesidad desde la perspectiva cognitiva conductual, destacó que es imprescindible un cambio de hábitos, los cuales no se adquieren por una ley o el establecimiento de una estrategia, aunque reconoció que son pasos para avanzar en la lucha contra la obesidad.

Precisó que en el país uno de cada cinco niños y adolescentes de 12 a 19 años tiene sobrepeso y uno de cada 10 padece obesidad. A escala global, dijo, un estudio reveló que entre 1980 y 2013, en promedio, el sobrepeso y obesidad en hombres adultos pasó de 28.8 por ciento a 36.9 y en mujeres de 29.8 a 38.

México se ha puesto a la vanguardia en la atención e investigación en torno a la obesidad, dijo, pero también es uno de los países con los mayores índices.

Carolina Gómez Mena

6. Próximas reuniones científicas



CONVOCA
 Docentes, Investigadores, Estudiantes,
 Directivos de Instituciones de Educación Básica,
 Media-Superior y Superior y Pueblos Indígenas Originarios Al:



II CONGRESO INTERNACIONAL DE
**TRANSFORMACIÓN
 EDUCATIVA**

“Alternativas para Nuevas
 Prácticas Educativas”

Del 23 al 26 de Septiembre 2015

Centro de Convenciones de la
 Ciudad de Tlaxcala, México.

www.transformacion-educativa.com congreso@transformacion-educativa.com Tel.: (55) 53415039



fesnad2015.com



**XVII CONGRESO
 LATINOAMERICANO
 DE NUTRICIÓN (SLAN)**
NUTRICIÓN PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
 8-12 noviembre 2015 / Punta Cana, República Dominicana
www.slan2015.com



CODHy

The 5th World Congress on Controversies to Consensus
 in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy)

Istanbul, Turkey / November 5-7 / 2015

www.codhy.com/2015/

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
 División de Estudios de Posgrado e Investigación
 Coordinación de Trayectoria Escolar de Ciencias de la Salud
 Coordinación de Trayectoria Escolar de las Ciencias Químico Biológicas

**CONGRESO DE
 INVESTIGACIÓN**

Y SIMPOSIO METROPOLITANO DE LAS CIENCIAS DEL SUELO
 EN EL MARCO DEL AÑO INTERNACIONAL DE LOS SUELOS

LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO
 MOTOR DEL DESARROLLO ACADÉMICO

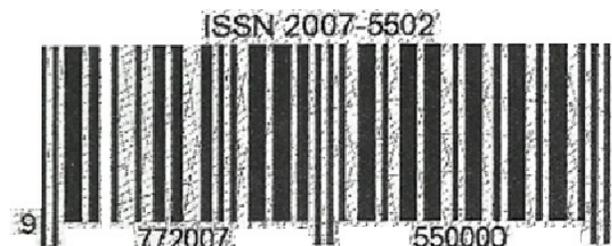
Del 19 al 23 de octubre de 2015
 8:00 a 19:00 horas. Auditorios de los Campi I y II

Envío de resumen hasta el 15 de junio

ALCANCES
 DE LA
 PSICOLOGÍA
 EN LA
 CONSTRUCCIÓN
 DE POLÍTICAS
 NACIONALES.

**XXIII CONGRESO
 MEXICANO
 DE PSICOLOGÍA**

7, 8 y 9 de octubre del 2015
 Cancún Center
 Cancún, Quintana Roo.



NORMAS DE PUBLICACIÓN DE PSIC-OBESIDAD:

El Consejo Editorial invita a los autores a publicar en Psic-Obesidad. A continuación se presentan las Normas de Publicación.

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: boletnpsicobesidad@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 autores y 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.