

## DIRECTORIO UNAM

Dr. Enrique Graue Wiechers  
**Rector**

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas  
**Secretario General**

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez  
**Secretario Administrativo**

Dr. Alberto Ken Oyama Nakagawa  
**Secretario de Desarrollo Institucional**

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

Dra. Mónica González Contró  
**Abogada General**

Lic. Néstor Martínez Cristo  
**Director General de Comunicación Social**

## DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez  
**Director**

Dr. Vicente J. Hernández Abad  
**Secretario General**

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

M. en C. Faustino López Barrera  
**Secretario de Planeación**

Lic. Sergio Silva Salgado  
**Secretario Administrativo**

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

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

Mtra. Gabriela C. Valencia Chávez  
**Jefa de la Carrera de Psicología**

Mtro. Pedro Vargas Ávalos  
**Coordinador del Área de Psicología Clínica**

## DIRECTORIO Psic-Obesidad

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling  
**Editora**

Dra. Lucy María Reidl Martínez

Dra. Mirna García Méndez

Mtra. Ana Lilia Muñoz Corona

Lic. Felix Ramos Salamanca

Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes

M.C. Dolores Patricia Delgado Jacobo

### Consejo Editorial

Lic. Maricruz Morales Salinas

Lic. María del Socorro García Villegas

Psic. Elias Guzmán Fernández

Lic. Carlos Raziél Leños

Lic. Claudia Ahumada Ballesteros

### Equipo de colaboradores

### COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

Lic. Brenda Carolina Téllez Silva

María de Jesús Jaime García

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling

M.C.P.S.S. Belem Viridiana Flores Sandoval

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

Elias Guzmán Fernández

**Colaboraciones e informes:** Teléfono: 56 23 06 12

### Correos electrónicos:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

raquelguillen2010@gmail.com

# Editorial

julio-septiembre 2017

En la segunda mitad de 2017, sobresalen las cifras de la población a nivel mundial de la obesidad y la diabetes con un alto costo de salud y económico:

*En México, el costo de la obesidad y de enfermedades asociadas para el sistema público de salud oscila entre USD 4.300 millones y USD 5.400 millones por año. Los costos de los programas para combatir y tratar la diabetes subieron de USD 318 millones en 2005 a USD 343 millones en 2010. En 2012, el gasto público relacionado con la diabetes fue de USD 4.000 (por ejemplo, hipertensión y enfermedades coronarias), lo que incluye tratamiento, servicios de atención primaria e investigación...si los costos no se controlan, podrían destruir el sistema [nacional] de salud para 2030" (Gómez, 2017, pág. 51).*

Por su parte la atención en Salud de personas obesas y con sobrepeso, se calcula en el Presupuesto de Egresos de la Federación de 2017, en su Estrategia Programática:

*"...en 2017 se espera ingresar a tratamiento contra obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias (concentración en niveles anormales de colesterol y triglicéridos en la sangre) a 2'764,256 pacientes de la población de 20 años y más; en este grupo de edad, se tiene programado detectar al 91.21 por ciento de la población con estas enfermedades, por lo que se tiene previsto realizar 100,000 eventos educativos, para la promoción de la alimentación correcta y el consumo de agua, la actividad física, la lactancia materna y el rescate de la cultura alimentaria tradicional" (página 3).*

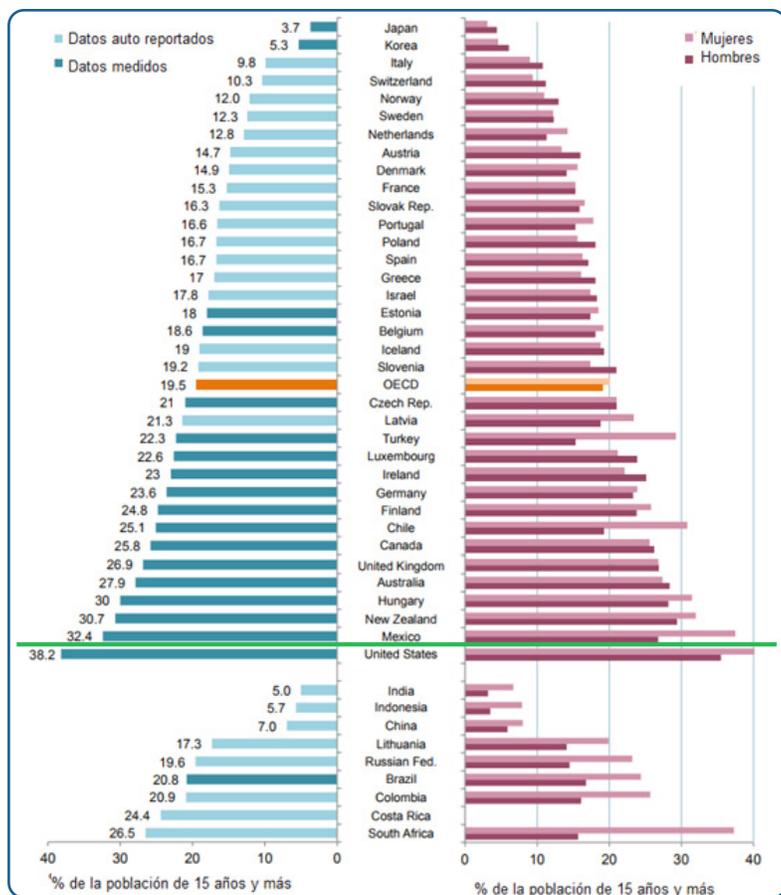
El enfoque de la atención se dirige principalmente a las directrices de: la detección, la educación alimentaria, la actividad física y a la cultura, soslayando la participación del área psicológica y sus estrategias sobre la fundamental modificación de los hábitos alimenticios.

Mas cifras: La OCDE, publica la actualización de datos acerca de la obesidad mundial:

En 2015 la OCDE refiere que el 19,5% de los adultos población era obesa (Figura 1). Este rango de tarifas pasó de menos del 6% en Corea y Japón a más de 30% en Hungría, Nueva Zelanda, México y Estados Unidos. Más de uno de cada cuatro adultos es obeso en Australia, Canadá, Chile, Sudáfrica y la Reino Unido. Las tasas de sobrepeso y obesidad crecieron rápidamente en Inglaterra, México y los Estados Unidos desde la década de 1990, mientras en los otros siete países de la OCDE son tendencias (Figura 2). La tasa de prevalencia de sobrepeso y la obesidad ha aumentado en Canadá, Francia, México, Suiza y los Estados Unidos, mientras que estabilizado en Inglaterra, Italia, Corea y España, mientras que el gasto por cápita para la salud aportado por el gobierno y por los individuos de manera voluntaria se observa en la Figura 3, encontrándose México en el lugar 39 de 44 países solo por arriba de Brasil, Colombia, China, Indonesia y la India.

En 2017 la OCDE reporta que *México tiene la tasa más alta de sobrepeso incluyendo obesidad entre adultos, 2015 (o año más cercano)*, encontrándose en la cima de 34 países:

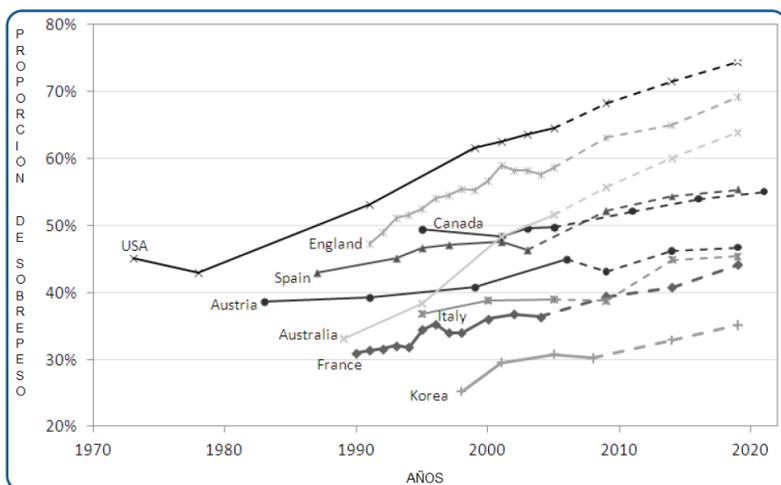
*Los altos índices de obesidad, junto con otros factores como el poco avance en la reducción de mortalidad por padecimientos circulatorios... así como las persistentes barreras de acceso a la atención de calidad, explican por qué las ganancias en esperanza de vida en México se han desacelerado en años recientes (+3.8 años entre 1985 y 2000, en relación con +1.7 años entre 2000 y 2015) (página 3).*



Fuente: OCDE (2017). Estadísticas de salud de la OCDE 2017. Disponible en [www.oecd.org/health-data.htm](http://www.oecd.org/health-data.htm)

Nota de la fuente: Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes pertinentes. El uso de tales datos por la OCDE, sin perjuicio de la situación de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en la Ribera Occidental bajo los términos del derecho internacional.

**Figura 1:** Obesidad en adultos en 2015 a nivel mundial. Modificado de OCDE: Obesity Update, 2017, página 3.



**Figura 2:** Pasado y proyección futura de tasas de sobrepeso en Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, España, Austria, Australia, Italia, Francia y Corea. Modificado de OCDE, 2010, "La obesidad y la economía de la prevención", página 2.

El Estado de la salud en México (OCDE, 2017) señala que la esperanza de vida al nacer era de 75 años en 2015, en comparación con el promedio de la OCDE de 80.6. Si bien la esperanza de vida ha aumentado considerablemente desde 1970, el avance se ha desacelerado desde principios de la década de 2000.

**¿Qué implicaciones tiene la prevención de la Obesidad en México?**

Las vertientes son la esperanza de vida: evitaría en el mundo cada año 155,000 muertes por enfermedades crónicas, 55,000 en México y el costo anual sería de \$12 USD per cápita. Se pueden realizar las estrategias en educación, propuestas por Grossman de 2006, consistentes en etiquetado de alimentos, esquemas auto-regulatorios de publicidad de alimentos para infantes, programas de promoción de salud en escuelas y en centros de trabajo, así como orientación en atención primaria individual a personas en riesgo.

Ya en 2013 se habían llegado a las siguientes conclusiones:

- El nivel socioeconómico condiciona la presencia de obesidad de forma independiente, tanto de factores genéticos como de factores ambientales.
- El problema de la obesidad y el sobrepeso es consecuencia de diversos factores que afectan los patrones de consumo de la población, con los que se toman decisiones aparentemente irracionales e ingieren alimentos de bajo valor nutrimental sin plena consciencia de los efectos que tienen en su salud. Algunos de dichos factores son la falta de información completa para los consumidores y la existencia de problemas de autocontrol, además de que la presencia de externalidades implica que el consumo óptimo de un individuo para un bien no corresponda con el óptimo social.
- La asociación inversa entre el nivel socioeconómico y la obesidad se manifiesta de forma diferente dependiendo del desarrollo alcanzado. No se puede seguir considerando que la obesidad en los países en desarrollo sea una enfermedad apenas de los grupos de mayor nivel socioeconómico. Las minorías y aquellos estratos de la población con menor nivel educativo y socioeconómico pueden ser [son] los más afectados por la obesidad en los países en desarrollo.
- La tendencia de aumento de la obesidad puede ser justificada por toda una serie de cambios en el régimen alimentario (preferencias por alimentos procesados, pobres en fibras y con altos contenidos de carbohidratos simples y grasas saturadas), el patrón de trabajo, la actividad física y tipo de recreación.
- Los datos presentados respecto al sobrepeso y la obesidad refuerzan la necesidad de prevenir estas enfermedades en los países subdesarrollados; aumentar el acceso a la información sobre alimentación y nutrición sobre los determinantes y consecuencias de la obesidad; implementar estrategias públicas que aborden el ambiente

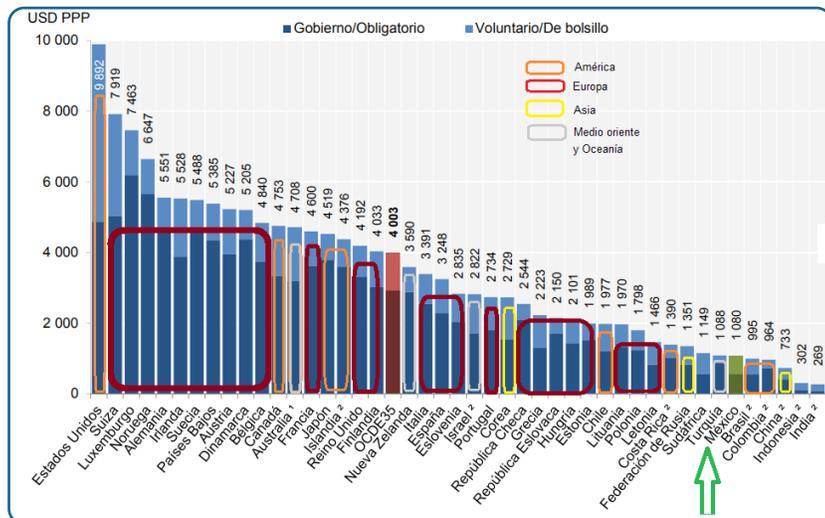


Figura 3: Gasto en Salud per cápita 2016. Modificado de OCDE Health at a Glance 2017: OECD Indicators, 2017.



Fuente: OCDE, 2017, Obesity Update.

Estados Unidos de Norteamérica, España, Uruguay, Costa Rica y Francia. De los Colegas psicólogos de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Psicología (ALFEPSI), Consejo Latinoamericano de Transformación Educativa (CLTE), del Colegio de Psicólogos del Perú, de la CONTUA. Un reconocimiento a los estudiantes y profesionales, a la población civil en general, a mexicanos y extranjeros, quienes acudieron al auxilio

de la población afectada en brigadas a los Estados de Chiapas, Oaxaca, Morelos, Puebla, Estado de México y Ciudad de México., Gracias a todas y a todos.

físico, económico y sociocultural, posibilitando una mejor alimentación y de actividad física. El enfoque debe estar dirigido a todas las clases sociales, considerando de forma particular los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

- Tanto la obesidad podría tener consecuencias sociales en el individuo, como el nivel socioeconómico podría condicionar la presencia de obesidad. Diversos factores, podrían mediar y complicar el establecimiento de una relación causal; el ejercicio físico, la dieta, los factores psicológicos, la herencia y los factores socioculturales podrían influir, de forma no bien conocida, en la asociación nivel socioeconómico-obesidad (Romero-Nava, 2013, páginas 62-63).

En 2017 los esfuerzos continúan: Combatir la obesidad requiere más que una sola medida preventiva, ya que únicamente se conseguirá un cambio fundamental implementando estrategias de amplio alcance que aborden múltiples factores determinantes de salud a la vez (H.G., 2017, página 4).

Al cierre de esta edición la Editorial, el Consejo Editorial y los colaboradores, lamentamos profundamente los acontecimientos sucedidos tras los sismos del 7, 19 y 23 de septiembre de 2017 en México y nos solidarizamos con toda la población afectada. Así mismo, agradecemos los mensajes de apoyo y fraternal saludo de amigos y hermanos de Argentina, Colombia, Perú,

REFERENCIAS

1. Grossman M. (2006). Education and Nonmarket Outcomes, en: E.A. Hanushek & F. Welch (eds.), Handbook of the Economics of Education, Holanda, North-Holland. Vol. 1.
2. website: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.
3. OCDE (2010). La obesidad y la economía de la prevención. Nuevo informe de la OCDE. Disponible en <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/46077041.pdf>
4. OCDE (2017). <http://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>
5. OECD (2016), OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, París. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.
6. OECD (2017). "Obesity Update", OECD Publishing, París. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
7. Romero-Nava, O. (2013). *Estadísticas de sobrepeso y obesidad en las mujeres*. Características, magnitud y tendencias. México, Cámara de Diputados, LXII Legislatura. fuente: <http://ceameg.diputados.gob.mx>