



Encuentro Internacional
Trastornos de la
Conducta Alimentaria y Obesidad
www.tca-obesidad.org.mx

09

INTRODUCCIÓN

Hoy en día son más comunes padecimientos como sobrepeso y obesidad, así como las enfermedades relacionadas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, etc. Además si agregamos la gran prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria, buscar acciones que contrarresten el problema se vuelve prioritario.

Ante el gran reto que representa la salud de todos los mexicanos, el 2, 3 y 4 de septiembre de 2009 se realizó el primer Encuentro Internacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria, evento que cuenta con la participación de importantes investigadores, catedráticos, profesionales de la salud; además de instituciones públicas y privadas.

En este número de Enlaces Médicos hacemos una recopilación de las conferencias magistrales del evento, con el fin de acercar este conocimiento a más profesionales interesados en estos temas para juntos trabajar por la salud de México.

- VI CONGRESO HISPANO-LATINO-AMERICANO SOBRE TCA

- 10º COLOQUIO FRANCO-MÉXICANO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

- VI JORNADAS INTERNACIONALES SOBRE TCA



3er Taller 5 pasos

“EL SEXENIO DE LA PREVENCIÓN: LA OBESIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MÉXICO”

DR. JOSÉ ANGEL CÓRDOVA VILLALOBOS
Secretario de Salud. Gobierno Federal.

El sobrepeso y la obesidad representa uno de los grandes retos en México, dada la prevalencia de estas enfermedades crónicas como causas de muerte en nuestro país. Actualmente el 70% o más de las causas de muerte están relacionadas con problemas de salud de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y particularmente con la diabetes mellitus, que representan la 2ª causa de muerte; por tal razón los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son importantes, ya que pueden desviarse a estas 2 enfermedades crónicas.

México lucha por un gran objetivo: Nuestra salud. Y el Presidente Felipe Calderón ratifica este objetivo avanzando en la cobertura de servicios de salud. En este momento, se cubre más del 82% con derecho y afiliación a algún sistema de salud; sin embargo, hace falta crecer aun más.

En esta administración nos dimos a la tarea de identificar riesgos de salud en mujeres, escolares y adolescentes. Se diseñó un modelo arquitectónico donde podrán asistir los pacientes con sus familias, se consideraron todos los estados del país y esperamos contar con 60 unidades a finales del 2009. En este proyecto han trabajado especialistas en TCA, para que en cada una de estas unidades exista personal capacitado para dar una orientación en el manejo de estos temas. Además, se está trabajando con institutos nacionales como el Salvador Zubirán de Nutrición y el de Psiquiatría, para brindar apoyo en casos graves. Bajo la coordinación del Dr. Armando Barriguette en el diplomado a distancia con valor curricular para desarrollar estas competencias de enfermedad crónica, mas el apoyo de las 2 instituciones ya mencionadas; además del Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Cardiología, se otorga capacitación a las clínicas. En la 2ª etapa de este diplomado se incluye el tema de TCA, en donde se aborda el modelo global para la atención.

Para llevar a cabo todas estas acciones hemos tenido la participación del Capítulo Hispano de la Asociación de Trastornos Alimentarios de la Universidad Nacional Autónoma de México y muchas Instituciones más como Televisa, o también del uso de internet que ha sido

una de las principales guías para la difusión y promoción de estos temas, incluso también hay esfuerzos dirigidos a través de youtube y facebook. Se cuenta con un 01800 destinado a proporcionar información, además de un correo electrónico: t.conducta.alimentaria@salud.gob.mx, hay folletos con el tema “Es una dieta o es un TCA”, y en breve estará listo el libro dirigido a adolescentes, maestros y padres de familia.

La Secretaría de Salud ha decidido afiliarse a 2 programas europeos de éxito: EPODE “Juntos prevendremos la obesidad infantil”; un programa de gran impacto para la prevención de la obesidad, que ha demostrado una disminución del 1.8% en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares; México es el primer país en Latinoamérica que se incorpora a esta estrategia. Además del programa DITCAS, en materia de prevención de TCA Valenciana, que ha identificado factores de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria trabajado con estudiantes.

Agradezco el interés de los participantes a este Congreso, ya que es un tema a cargo de la Secretaría de Salud, que va a seguir con la participación y entusiasmo de todos para potenciar sus capacidades y luchar de manera intensa para prevenir estos trastornos y mejorar nuestra calidad de vida; logrando poco a poco un México más justo, equitativo y sano, en donde podamos todos vivir mejor.

t



“PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD. HOSPITALES ÁNGELES Y EL PROGRAMA 5 PASOS POR TU SALUD”

DR. VÍCTOR RAMÍREZ
Grupo Ángeles Servicios de Salud

El Sector Privado está contribuyendo a elevar el nivel de bienestar de la población. Un gran esfuerzo a este punto es el Instituto de Obesidad y Síndrome Metabólico, el cual es una academia hospitalaria con enfoque curativo, con más de 20 años de experiencia. En él se trabaja con obesidad y TCA, sumándose a las políticas públicas y a los esfuerzos del gobierno.

“INSTITUTO DE OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO”

Su función principal es atender a todas las personas que tienen sobrepeso u obesidad. El servicio está a cargo de un grupo multidisciplinario, con el fin de dar un tratamiento efectivo y especializado ante estos padecimientos.

Características y servicios:

- Atención integral.
- Instalaciones de vanguardia.
- 8 hospitales en la ciudad y 4 en el interior del país.
- Diagnóstico.
- Detección de la enfermedad.
- Seguimiento individual y general (mencionando la importancia del programa 5 PASOS).

“OBESIDAD MÓRBIDA. LA CIRUGÍA BARIÁTRICA”

DR. MUCIO MORENO PORTILLO
DG Hospital Gea González

La Secretaría de Salud está preocupada por lo que está pasando en las cirugías para la obesidad; es por eso que ha iniciado un programa nacional donde el paciente tenga alternativas como accesibilidad económica y que no caiga en prácticas inseguras.

Sabemos que en casos extremos la dieta y el ejercicio ya no son suficientes. En la última fase de obesidad se rebasa la cura de mortalidad. De hecho la estadística mundial dice que al rebasar más del 40 de IMC, sólo el 1% tiene posibilidad de operarse para controlar su problema de obesidad.

El Consejo de Salubridad General va a emitir una norma oficial mexicana, la cual es una recomendación para tratar de detener la práctica inadecuada de la cirugía para la obesidad extrema en México.

Esta iniciativa surge debido a que en el mercado hay prototipos y alternativas para que el paciente pueda bajar de peso, sin dieta ni ejercicios:

- Polímeros a nivel endoscópico para evitar el vaciamiento gástrico y retardarlo.
- Mallas de todo tipo para distender el estómago.
- Aditamentos que permiten que la bilis llegue al interior del estómago en una forma distal y así evitar la mezcla para la digestión.
- Otros francamente “alienígenas” y artificiales para que el paciente se sienta satisfecho.

De los datos anteriores no se conoce práctica clínica, sin embargo de los siguiente sí se realizan:

- Gastroplastías.
- Engrapadoras endoscópicas.
- By pass (que reduce el tiempo quirúrgico y complicaciones, pero que aumenta la morbilidad).
- By pass endoscópico con un dispositivo (en donde el alimento pasa directo al ayuno proximal).
- Marcapasos gástricos (que han tenido resultados diversos).
- Suturar el estómago con un dispositivo en la punta del endoscopio (que reduce y pliega las paredes gástricas).
- Cirugía por orificios naturales.
- Balón intragástrico (se ofrece en pequeñas clínicas de forma ambulatoria, la pérdida de peso es mínima y después de 6 meses regresan a su peso).
- Cirugía bariátrica (implica la banda gástrica y la desventaja es que es un cuerpo extraño, que requiere seguimiento).
- Tubo gástrico (en donde se logra adelgazar el estómago por medio de una laparoscopia, como si fuera una hernia hiatal y la desventaja que el paciente que no tenga hábitos de alimentación saludables regresa a su peso).

El By pass supone la cirugía ideal, la mejor técnica a largo plazo y consiste en reducir la capacidad gástrica y de absorción. Se pierde de 6 a 7 kg al mes, se divide el estómago y se deja una reserva pequeña, se divide el intestino subiéndolo para que el alimento pase de forma directa. Desde el punto de vista de la Secretaría de Salud es la técnica ideal para sus instituciones y el para el programa de obesidad para pacientes seleccionados.

Los números a nivel internacional lo confirman:

- En 1985 se tenía una mortalidad del 50% en procedimientos de By pass abiertos.
- En 2000 el 30% inaceptable (laparoscopia).
- En 2008 se logró 0%. Esto es lo que ha hecho reflexionar los sistemas de salud a nivel nacional.

La experiencia del Hospital Gea González que se está proponiendo a nivel nacional para disminuir la morbi-mortalidad, se basa en la selección estricta, tener un protocolo único para este procedimiento y contar con el servicio de un equipo multidisciplinario. El problema post-quirúrgico es que el paciente no está de acuerdo con su imagen corporal, ya que va a requerir de 1 o más cirugías de reconstrucción para dar un tratamiento integral.

Ante esta situación la Coordinación de Institutos junto con la Secretaría de Salud proponen una estrategia basada en:

- Protocolo nacional único.
- Control de costos (para que sea accesible).
- Certificación.
- Capacitación.
- Red de apoyo para capacitar.

Actualmente esta estrategia se ha iniciado en Oaxaca y en el Hospital del Bajío. El compromiso de la Secretaría de Salud es orientar adecuadamente para que este programa funcione.

“LA COOPERACIÓN FRANCO-MEXICANA EN SALUD”

DR. BERTRAND D’HARTINGH
Embajada de Francia en México

Entre Francia y México la salud se ha nutrido gracias a médicos que han realizado investigaciones junto con CENAVECE, Instituto Pastor, INSEN, Laboratorio de Francia, así como con Hospitales y Universidades.

La creación del Laboratorio Asociado en Instituciones de Salud Pública de Cuernavaca para enfermedades crónicas de la mujer, es el primer y único laboratorio de este tipo. Fue posible gracias al trabajo conjunto del Secretario Córdova y del Gobierno de Francia, quienes pusieron a trabajar a su equipo de México y Francia para tener un plan de foco estructurado, eficiente y apegado a la realidad. En su visita a México, el Presidente de la República Francesa, firmó el acuerdo intergubernamental de salud y de marzo a la fecha se han dado los primeros pasos.

La pandemia de la influenza consolidó nuestro afán de colaborar, y al respecto de este hecho el Instituto envió a uno de sus mejores epidemiólogos, invitándolo a México a ser socio del Instituto de América y a construir a mediano plazo una Unidad Mixta, ofreciendo la experiencia de Francia a México.

También se firmaron otros convenios de trabajo con CONACYT y los Institutos Franceses. Hoy el tema de enfermedades crónicas es prioritario para ambos países, la obesidad se ha vuelto un problema grave de salud pública. El número de niños obesos se ha duplicado desde los años 80’s (1 de cada 6 jóvenes es obeso).

El Dr. Armando Barriguete creó la Universidad Virtual de Diplomado de Psicopatología y le ha permitido elaborar el Programa de Cooperación de las Enfermedades Crónicas, cuyo objetivo principal es encontrar soluciones efectivas para su evaluación y tratamiento estableciendo puentes entre México y Francia. Por tal motivo están presentes el Dr. Michelle Botbol especialista en TCA y Cristhophe Roy coordinador de EPODE.

Cabe mencionar la reciente noticia de la premiación en París, para la Cirugía de Obesidad y Desórdenes Asociados al Dr. Rafael Álvarez Cordero de la UNAM por su contribución para la cirugía de la obesidad.

“OBESIDAD Y ADICCIÓN: MECANISMOS CEREBRALES EN COMÚN”

NORA D. VOLKOW
Dir. National Institute on Drug Abuse. E.U.A.



Es importante el papel que juega México en el tema de la Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), mencionando que son prevenibles, pero que influyen en la morbi-

mortalidad significativamente. Por medio de estudios de imagenología se observa cuáles son las estructuras que llevan a la compulsión de comer y de padecer alguna adicción.

A este punto, hemos encontrado que existen estructuras en el cerebro humano que son responsables de permitir ejecutar la acción para decidir ¿qué es lo que quiero hacer y lograr?, no es una acción automática, se lleva a cabo por el sistema dopaminérgico, éste manda conexiones al Núcleo Accumbens, que es el centro del placer más importante, el mecanismo de las conductas indispensables para la sobrevivencia. El cerebro responde a estímulos placenteros que alteran la conducta alimentaria. Estímulos altamente placenteros desvían ese mecanismo interno, ya que por el aumento de los estímulos pierden parte de su motivación debido a la influencia social y cultural.

La dopamina juega un papel crucial en la memoria (la memoria condicional es el procesador de acondicionamiento). Animales que no producen dopamina no tienen motivación de comer y mueren. Se estudió que el sistema auditivo puede estimular el sistema dopaminérgico. En un estudio con gente cocainómana se les pasó un video de la naturaleza y se observó que no hubo modificación en la dopamina. Sin embargo, al pasar un segundo video donde salía gente ingiriendo droga, los resultados fueron un aumento en el estímulo visual que provocó un incremento en los niveles de dopamina.

Hubo un segundo estudio en el cual se incluyó gente con niveles de IMC menores a 30. Este estudio a su vez tuvo 2 modalidades: una neutral y otra condicional. En la primera se proporcionó una serie de menús y la gente debía escoger la comida predilecta. En la segunda se presentó la comida preferida de cada individuo.

Los niveles de dopamina aumentaron más en la segunda modalidad y se deben al efecto visual; todo nuestro entorno estimula visualmente el sistema dopaminérgico. En la actualidad los receptores de las células dopaminérgicas, se encuentran sobreestimulados por efectos visuales, y han observado que este exceso trae como consecuencia efectos negativos; ya que el acceso a la comida es muy fácil y la gente come, aumentando las probabilidades de obesidad.

Las personas obesas que tienen receptores en niveles bajos son aquellos que presentan una obesidad más severa, por lo que tener receptores bajos no provoca obesidad, pero aunado a otros factores vuelven más vulnerable al sujeto y la severidad es mayor para quien presenta

obesidad. En sujetos con peso normal los receptores no presentan cambios, por tal razón a menor dopamina mayor vulnerabilidad.

MECANISMOS PARA PREVENIR LA RECAIDA:

- Fortalecer los efectos placenteros de refuerzos farmacológicos.
- Fortalecer los mecanismos inhibidores.
- Fortalecer la comunicación cortisol-estriato.
- Interferir con memorias condicionales (antojos).
- Contrarrestar el estímulo que lleva a la recaída.

La actividad física es reforzadora y es un mecanismo de protección para controlar las adicciones (comida o drogas); libera dopamina, por eso un niño corriendo se ve feliz, y en cambio los adultos van perdiendo esta satisfacción. Por tal motivo se deben usar reforzadores sociales y cambiar la cultura para controlar los efectos sobre el organismo.

COMENTARIOS

DRA. MARIA ELENA MEDINA MORA
Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría RDF

EL trabajo de investigación de la Dra. Volkow y sus propuestas, abren las posibilidades para futuros estudios y tienen importantes implicaciones para las políticas de prevención y tratamiento de la obesidad y sus consecuencias.

Se trata de un fenómeno en crecimiento que afecta una proporción elevada de la población en México y en el mundo. Problema que parece de fácil solución, “como menos, hago ejercicio”; sin embargo, esto no ocurre en la práctica diaria. Los estudios de Nora nos han ayudado a entender el porqué.

Su afortunada incursión en la neurología de la obesidad nos abre nuevas posibilidades para entender y enfrentar este problema actual. Además su propuesta llama la atención sobre una entidad, el consumo compulsivo de comida, condición que hasta ahora no se había considerado como un trastorno en sí mismo.

La doctora Volkow, postula que las drogas y la comida tienen muchas similitudes, ambas tienen efectos reforzadores, en parte por un incremento en la dopamina. Incluye hallazgos provenientes de los estudios que han integrado imágenes cerebrales para entender el papel de la dopamina en el abuso de drogas y la obesidad; además de proponer un modelo común para ambas condiciones.

En el modelo que propone Nora, resume los hallazgos de los últimos 10 años: la exposición al reforzador, o a estímulos condicionados (fotos, imágenes, videos de comida o de drogas); la recompensa anticipada procesada por circuitos de memoria sobreactiva los circuitos de recompensa inhibiendo los circuitos de control cognitivo, de lo que resulta la incapacidad de inhibir el impulso por comer o usar drogas a pesar de intentos por no hacerlo. Con la ayuda de imágenes cerebrales ha identificado varios circuitos cerebrales que son relevantes en la neurología de la adicción a las drogas y la obesidad.

Finalmente, la propuesta de la Doctora Volkow sobre los mecanismos que subyacen al atracón, nos sugiere la necesidad de considerar si se trata de una forma idiosincrática de ingerir alimentos; de un síntoma, o de un trastorno asociado con la regulación; es decir, sí debe tener un lugar propio en los manuales de clasificación de enfermedades, aspecto que merece mayor consideración cuando se trabaja en la nueva revisión de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS y del Manual de Trastornos Psiquiátricos de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, pues su inclusión aumentaría la probabilidad de la investigación y de recursos para el tratamiento.

DR. CARLOS RODRÍGUEZ AJENJO
Director General del Consejo Nacional de las Adicciones.

En este trabajo se pone en evidencia que la alteración funcional de las regiones córtico prefrontales (secundaria al consumo de drogas y de cierto tipo de alimentos); es debida en gran parte a un desequilibrio entre los receptores dopaminérgicos que se provoca por el propio consumo y eso favorece el establecimiento de hábitos compulsivos de uso, lo cual es esencial de los dos problemas analizados en este trabajo.

Entre más bajos sean los receptores dopaminérgicos, hay mayor vulnerabilidad y eso es un hallazgo fundamental porque nos abre la perspectiva para poder intervenir. La ventaja de estos estudios es que pueden registrarse simultáneamente en la respuesta emocional del sujeto ante estímulos relacionados con el consumo y la activación de las regiones cerebrales involucradas, al mismo tiempo que el sujeto puede experimentar el deseo de consumo, observando que la actividad es más intensa cuanto mayor es el deseo de hacerlo en sujetos en estudio en condiciones que quedan ampliamente ilustradas en el trabajo que nos presentó la Doctora Volkow.

La autora presenta un atractivo modelo

explicativo, identificado a través de los circuitos cerebrales comunes a la adicción y a la obesidad en cuatro grandes subsistemas mediados por dopamina. Sus estudios representan una oportunidad de intervenir favorablemente en el proceso y prevenir la recaída o comprender y modificar la compulsividad o incluso, todo el proceso.

Estamos ante una contribución espléndida para considerar este tipo de trastornos como una patología de la motivación fundada en la existencia de un sistema motivacional de recompensa mediado por dopamina, alterado por el abuso de las drogas y la ingesta de comida no alimentaria que parece secuestrar dicho mecanismo al que paralelamente activan de manera superfisiológica desplazando a los estímulos naturales lo que nos permite avizorar grandes posibilidades en la investigación de estos problemas.

“INTRODUCCIÓN A LA EVALUACIÓN Y MANEJO CLÍNICO DE TCA Y OBESIDAD”

DR. ARMANDO BARRIGUETE
Asesor C. Secretario de Salud

La Encuesta Nacional de Nutrición que se realiza cada año, hace un estudio nacional para tener una idea clara de estado de salud en México y en 2006 es la primera vez que se incluyen los TCA.



LIC. OLGA GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ
Presidente de la Asociación Mexicana de Trastornos Alimentarios, AMTA A.C.

Cada uno de los casos es diferente y el tratamiento también debe ser diferente; cuando no hay una buena evaluación el problema se agrava y se vuelve crónico. En 1997 se descubre que los

pacientes con TCA han consultado a los médicos (antes más frecuentemente a los de primer nivel de asistencia pública); las causas se centraban en problemas ginecológicos o psicológicos. Esto quiere decir que el médico no tiene el equipo para valorar o detectar las señales de alarma para diagnosticar TCA. De la correcta evaluación dependerá el éxito del tratamiento y el avance del peso y de los TCA, el cual cuando es detectado a tiempo tiene un tratamiento de mayor impacto.

OBSTÁCULOS:

- TANI (Tratamiento Alimenticio No Identificado).
- Casos atípicos (no cumplen con los criterios de diagnóstico de peso y amenorrea).
- En la enfermedad crónica no se trata de la restricción selectiva y sus probables consecuencias.
- Incorrecta analítica (presentan análisis sanguíneos adecuados).
- De la familia (creen que es un acto voluntario de la paciente, que puede parar cuando quiera).
- No duele y no se nota.
- El enojo familiar y la culpabilización hacia el paciente.

CONCLUSIÓN:

Una buena evaluación permite un tratamiento con mayor éxito.

DR. VÍCTOR CABALLERO
Secretario de Salud del Estado de Morelos.

Los TCA son más comunes de lo que se cree. El problema es que el médico de primer contacto no identifica el trastorno sólo se hace el manejo de los síntomas. No pregunta sobre las conductas del paciente y trata a todos por igual, a causa de desconocimiento y falta de información. Por lo tanto se debe conocer sobre los problemas, síntomas, causas, manifestaciones y complicaciones de los TCA.

LO QUE DEBE SUCEDER:

- Identificar los factores de riesgo.
- Trabajar con grupo multidisciplinario para dar un diagnóstico integral al paciente y su familia.
- Dar acciones de prevención (Dr. Armando Barriguete impulsor en nuestro país de acciones preventivas, ha realizado una estrategia nacional en diferentes estados para que en México los TCA sea una patología identificable a través de una guía.)

FACTORES DE RIESGO:

- Dietas inadecuadas.
- Obviar preguntas.
- La conducta se debe explorar, a través de la entrevista y observación, no sólo por los rasgos físicos.

NO SE APRECIAN:

- Neoadaptación metabólica.
- Patológicamente adaptada (rechazo al cambio).
- Psicopatologías en convivencia.

Se debe atender la salud y no sólo el peso (estética). Hay que cambiar la forma de pensar de la gente y para esto intervienen 4 elementos:

- Buen diagnóstico (referir diferentes disciplinas).
- Contar con un equipo interdisciplinario.
- Integrar a la familia.
- Manejo a largo plazo.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

Una buena evaluación y seguimiento puede evitar que la enfermedad sea crónica.

“EPIDEMIOLOGIA DE LOS TCA Y DE LA OBESIDAD”



PROF. LUIS ROJO MORENO
Jefe de Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Universidad de Valencia, España.

Para entrar al tema de los TCA hablemos primeramente de cuatro factores clave:

1. La lactancia materna se sugiere como factor protector de la alimentación en los bebés.
2. La disponibilidad de alimentos SI influye en la obesidad.
3. En la adolescencia hay cambios físicos y hormonales que vuelven vulnerable o susceptible a la población.
4. La adherencia familiar también influye.

Se habla que los TCA dirigidos a la obesidad:

- Afecta más la raza blanca.
- Afecta en 90% a mujeres.
- Principalmente en adolescentes con anorexia.
- La bulimia puede presentarse en una etapa más avanzada.
- La prevalencia de TCA entre 12 y 18 años es de 5.17%.
- La anorexia en los últimos 20 años se ha mantenido y la bulimia ha ido incrementando.
- Hay mayor asociación de obesidad en nacionalidad hispanoamericana.
- 3.53% niñas tienen bajo peso.
- 14.57% niñas tienen sobrepeso u obesidad.
- 17-18% niños tienen sobrepeso u obesidad.
- Ver televisión tiene mayor asociación con obesidad y sedentarismo.
- Los hombres hacen más ejercicio que las mujeres por eso está relacionado con un menor porcentaje de obesidad en hombres.
- 20% de chicas no cenan y hay mayor tendencia de alimentarse peor en chicas con bajo peso y sobrepeso.
- El 42% de mujeres hacen dieta.

PESO = IMAGEN = ALIMENTACIÓN

Cuando hay exceso de alguno puede existir algún trastorno. El estrés se asocia a la alteración mental, lo cual puede desarrollar una patología psicológica.

FACTORES DE RIESGO DE LA OBESIDAD:

- Enfermedades de la madre.
- Peso al nacer.
- Diabetes Mellitus Gestacional.
- Sedentarismo (modificación en la actividad física).
- Genética.
- Estatus socioeconómico.
- Depresión.
- Abuso de sustancias como el alcohol.
- Crianzas anómalas (rechazo).
- Abuso sexual y maltrato pueden ser precursores.

¿QUÉ INFLUYE EN EL MANEJO DE TCA?

- IMC.
- Dieta.
- Impulso a la delgadez.
- Ineficiencia.
- Perfeccionismo.
- Síntomas emocionales.
- Problemas de conducta.
- Hiperactividad.
- Estrés crónico (precursor TCA).
- Neurotismo.
- Baja autoestima.
- Ansiedad.

- Obesidad.
- Menarca precoz.
- Insatisfacción corporal.

La interacción genético-ambiente tiene fenómenos que facilitan las condiciones ambientales, éstas hacen que los sujetos con escasa predisposición biológica sean candidatos para desarrollar sobrepeso u obesidad.

“DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TCA Y DE LA OBESIDAD”

DRA. EVA TRUJILLO

Comenzar de Nuevo A.C . Monterrey, México.

Sabemos que la alimentación debe cubrir los requisitos de la OMS: adecuada, inocua, variada, completa, equilibrada y nutritiva. Y ante este hecho, por otro lado, también sabemos que la prevalencia de los TCA entre 1 y 3% de la población. La mortalidad en los TCA está reportada hasta en un 18 a 20%; un tratamiento adecuado y precoz puede disminuir considerablemente este rango hasta 1-2%. Es importante dar un buen diagnóstico, mientras más temprana es la intervención más eficaz es el tratamiento.

**Subtipos de la conducta de la obesidad:**

- Comer en atracones.
- Picar con frecuencia.
- Comer de noche.
- No darse cuenta que se sobrecome.
- Comer de más en las comidas.

Clasificación de los TCA (DSM-IV TR)

Anorexia nervosa, bulimia nervosa y TANES (Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados), entre los que destaca el Trastorno por Atracón.

DIAGNÓSTICO ANOREXIA:

Incapaz de mantener un peso al 85% de lo

esperado, miedo intenso a engordar, distorsión de la imagen corporal, amenorrea por 3 ciclos consecutivos.

Dos subtipos: Restrictivo y Purgativo

DIAGNÓSTICO BULIMIA:

Comer una gran cantidad de comida que sería considerada excesiva en condiciones normales, seguida de un comportamiento compensatorio para evitar la ganancia de peso tales como vómitos autoinducidos, mal uso de laxantes, ejercicio excesivo, diuréticos, enemas, saunas, pastillas. Esto no debe suceder con períodos de anorexia.

Existen también dos subtipos: Purgativo y No purgativo.

DIAGNÓSTICO DE TANES:

Trastornos de la Conducta Alimentaria que no cumplen con todos los criterios para anorexia y/o bulimia pero que requieren tratamiento. El más frecuente es el Trastorno por Atracón. Otros tipos son: pacientes con todos los criterios para anorexia excepto que hay menstruación, pacientes con criterios para anorexia y peso normal, pacientes que mastican y escupen lo que comen, pacientes con conductas atracón/purgativas que suceden menos de 2 veces por semana, etc.

“PRINCIPIOS MÉDICOS Y FARMACOLÓGICOS”

DR. OVIDIO BERMUDEZ

Director Capítulo Hispano Academy for Eating Disorders y Laurate.
Tulsa, Oklahoma, EE.UU.

Un estudio en chicas muestra la asociación entre IMC y todas las causas de muerte, ajustando otros riesgos como edad, género, consumo de alcohol y actividad física.

Un IMC bajo o alto es un peligro para el bienestar de la salud.

La homeostasis es la que permite adaptar al organismo ante una amenaza de descompensación por baja o alta ingestión de alimentos; por tal razón en muchas ocasiones los signos vitales se encuentran normales cuando hay un comportamiento de restricción de calorías, ejercicio, atracones y purgas. El exceso de ejercicio provoca un bajo estado de nutrición.

CONSECUENCIAS:

- La restricción de calorías provoca un estado bajo de nutrición, para sobrevivir se genera una economía energética.
- El atracón provoca exceso de nutrición, para sobrevivir se genera acumulación de energía.
- Ejercicio provoca un estado bajo de nutrición, para sobrevivir se genera economía energética.
- Purgación provoca una pérdida de nutrimentos, líquidos y electrolitos, no hay mecanismo de compensación.

**SISTEMA CARDIOVASCULAR:****Anorexia Nerviosa**

- Signos vitales: bradicardia, taquicardia, hipotensión ortostática.
- Electrocardiograma: bradicardia, voltaje bajo (atrofia miocárdica), conducción eléctrica (arritmia).
- Ecocardiograma: el corazón disminuye su tamaño y su capacidad.

Bulimia Nerviosa

- Signos vitales: taquicardia, hipotensión ortostática.
- Ecocardiograma: no se pierde masa cardíaca y la función cardíaca no se ve comprometida.

PSICOFARMACOLOGÍA:

Bulimia nerviosa con evidencia: fluoxetina, recaptadores de la serotonina, topiramato, zofran, maltroxano (bloqueador de dopamina) y, acamprozato.

“LA EVALUACION INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIA”

MTRA. ANA R. PÉREZ BUSTINZAR.
DRA. ANA ESTHER POHLS.
MTRA. ADRIANA VILADOMS.
MTRA. ADRIANA MÉNDEZ.
Centro Ángeles para los TCA. México, D. F.

Se entiende por integral, la búsqueda del estado saludable del paciente que busca un estado físico y emocional adecuado para su BIENESTAR.

Se entiende por multidisciplinario, ser parte de un equipo de profesionales que trabajan en red por el BIENESTAR.

La evaluación se hace sobre estos 2 ejes físicos y emocionales, y de eso depende una buena evaluación.

EVITAR	FOMENTAR
Desinformación	Informar
Desmotivación	Motivar
Desconfianza	Apego
Fracaso	

Características TCA:

- Dinámicas (iniciar con bulimia nerviosa y presentar anorexia selectiva).
- Gradual (vomitar 1 vez al mes y después 5 al día).
- Cíclicos (atracones o condiciones restrictivas).

Se requiere una evaluación multidisciplinaria:

- Emocional (psicológico y psiquiátrico).
- Físico (endocrinológico y nutricional).

Ambas deben ser tratadas individual, familiar y grupalmente.

OBSTÁCULOS:

Aceptar el diagnóstico tanto el paciente, como la familia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Enfermedades médicas: diabetes, colitis, tumores cerebrales, motilidad intestinal (los cuales provocan pérdida de peso).
- Anorexia: trastornos psiquiátricos, trastornos somatomorfos, esquizofrenia.
- Bulimia: trastornos neurológicos, gastrointestinales, depresión, de personalidad.

“ESTUDIO ENDÓCRINO”

DR. CARLOS AGUILAR SALINAS.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ México, D. F.

EVALUAR en pacientes con TCA:

- Alteraciones endócrinas.
- Problemas gastrointestinales.
- Alteraciones músculo-esqueleto.
- Alteraciones neurológicas.

¿Qué estudios se deben pedir a un paciente con TCA?

- Biometría hemática.
- Química sanguínea.
- Electrolitos.
- LH, FSH, estradiol, testosterona (alteración menstrual).
- Funcionamiento hepático.
- Prolactina, cortisol.
- IGF-I (retraso del crecimiento).
- Imagen hipófisis.
- Ultrasonido pélvico.
- Perfil tiroideo.

OBJETIVO DE TRATAMIENTO MÉDICO:

- Desarrollar noción de la enfermedad.
- Analizar y tratar los conceptos erróneos sobre el cuerpo y su función.
- Señalar al paciente y a su familia los límites de lo orgánico y de lo psicológico.
- Reforzar la necesidad central del tratamiento psicoterapéutico.
- Grupo multidisciplinario.

“ABC DEL MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON TCA”

LN. ANA MA. NAVARRO.
LN. ANDREA FLORES.
MTRA. MÓNICA VÁZQUEZ.
TERESA RIVERA.
Centro Ángeles para los TCA. México, D.F.

Lo que hace diferente el programa realizado en el ABC de otros programas.

HERRAMIENTAS DE APOYO:

Comedor terapéutico - Integrar diferentes grupos (plato del buen comer).

REGLAS:

- No hablar de comida y de imagen corporal.
- No dejar alimentos y no comer de más.
- No usar ropa holgada.

- No usar sal.
- Finalizar con una charla.

“LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO PSICOLÓGICO”

DR. ANTONIO TENA SUCK.
Director Facultad de Psicología Universidad Iberoamericana, México.

Etapas del paciente con TCA:

- Precontemplación: Niega problemas, no están motivados al cambio.
- Contemplación: Evalúan pros y contras de problemas y cambio (autoanálisis).
- Preparación: Están listos, actitud adecuada.
- Programa de acción: Ya están cambiando, tienen metas sucesivas y alcanzables.
- Mantenimiento: Reforzar los logros.

Ayudan a acertar el padecimiento crónico, auto cuidado siempre, meta (peso sano) y delimitar responsabilidades (paciente - salud - familia).

FACTORES PROTECTORES:

- Tener sentido de vida, pertenencia y objetivo.
- Integración social, familia y dar afecto.
- Seguro social en su salud y control de factores de riesgo.
- Seguro económico.
- Actividades recreativas.

HERRAMIENTAS:

- Relación terapéutica sólida y confiable.
- Trabajo en alianza.
- Empatía.
- Escucha activa.
- Confianza en sus recursos y capacidades.
- Auto examen: estima, obesidad y sentimientos particulares.
- Ofrecer menús que sean alternativas ofrecidas para que elija.

¿QUÉ SE NECESITA PARA QUÉ FUNCIONE?

- Motivación intrínseca.
- Elección y criterios propios.
- Que se escuchen.
- Autoconfianza.
- Aceptación al cambio.
- La relación interpersonal.

3 FACTORES CLAVES:

Características del paciente.
El tipo de técnica de cambio utilizada.
Cambio específico que se genera.

“COMPLICACIONES TCA. NO APTAS PARA EL MANEJO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

DR. OVIDIO BERMUDEZ
Director Capítulo Hispano Academy of Eating Disorders y Laurate.
Tulsa, Oklahoma, EE.UU.

La salud oral inicia en la boca. La función gastrointestinal del anoréxico está comprometida por lo que padece estreñimiento, que es un mecanismo de defensa. Pueden presentarse pérdidas dentales o caries, tomemos en consideración que la malnutrición significativa causa daño a las encías.

En el esófago hay un daño que se puede reparar, pero si el vómito es inducido constantemente, agrava el sangrado. La presencia de sangre en el vómito es un signo alarmante.

El vaciamiento gástrico normal se da casi en su totalidad a los 20 minutos y en personas con TCA se altera este vaciamiento, en donde a los 60 minutos sólo se da el 15% del vaciamiento, siendo un fenómeno casi universal ya que se da en anorexia y bulimia.

La úlcera solitaria provocada por el bolo fecal muy duro, se acentúa.

Caso de estudio:

Mujer joven con osteopenia (deficiencia de calcio), con sólo 6 meses de amenorrea, se ve comprometida su masa ósea (no se puede hablar de osteoporosis porque no es enfermedad) y mientras más avanzada está la anorexia más afectada está la masa ósea.

TRATAMIENTO:

- Nutrición adecuada.
- Estrogenización.
- Ingerir calcio.
- Ingerir vitamina D.
- No realizar ejercicio, ya que se encuentra en estado catabólico.
- No permitir el mal uso de sal, agua, condimentos, cafeína (no provocar ansiedad), endulzantes artificiales (no causar daño hepático), chicle (no estimular dopamina).

La anorexia causa atrofia cerebral, antes se creía que era reversible, actualmente parece que no.

“DICTAS IMAGEN CORPORAL, AUTOIMAGEN-AUTOESTIMA, ALIMENTACIÓN, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA PUBLICIDAD”

PREVENCIÓN TCA:

- Prevención primaria: antes que suceda.
- Prevención secundaria: detección precoz.
- Prevención terciaria: cuando la enfermedad está en rehabilitación.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PREVENIR TCA?

1. Porque afecta a población joven.
2. La prevalencia es alta: 10% de mujeres jóvenes entre 12 y 18 años.
3. Bloquea la capacidad de la persona tanto física como mental (osteopenia, amenorrea, autoestima, etc.).
4. Repercusión grave con la convivencia familiar.
5. Causas de mortalidad más importante en población joven.

¿COMO INTERVENIR?

Universal: reduce la incidencia eliminando o reduciendo los factores de riesgo prevalentes en la población.

Selectiva: reducción de factores de riesgo en sujetos que potencialmente pueden ser casos.

Es importante saber la cultura o costumbres de la población estudiada.

ESTRATEGIAS PRIMARIAS:

- Educación escolar.
- Identificar grupos de riesgo.
- Modificación de conductas de riesgo (dieta).
- Intervenciones sobre estereotipos culturales, industria del adelgazamiento y belleza (flaquita-bonita ¿feliz?).

La identificación en la intervención clínica es parte afectiva y de pensamientos. Se mide sobre el estado emocional para aumentar el autoestima. Las expectativas de las chicas están sobre los hábitos de alimentación y minimizan su propio aspecto.

PROGRAMAS:

- Módulo de nutrición.
- Módulo de imagen y autoestima (dirigido para mejorar autoestima y disminuir el impacto de problemas sentimentales).
- Módulo de imagen corporal.

- Módulo de publicidad.

OBJETIVO: Llegar al máximo de colegios posibles. Formación a agentes educativos por internet (se proporciona una guía), con diseño pedagógico, llevado a cabo en horario de clases.

POTENCIAR FACTORES DE PROTECCIÓN:

- Estima.
- Hábitos de alimentación sanos.
- Satisfacción corporal.
- Pensamiento crítico ante presiones externas.
- Desmitificación sobre dietas, tipos corporales.



3er. Taller 5 PASOS EXPERIENCIA DE ÉXITO EN EUROPA: PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL “PROGRAMA EPODE NIÑOS Y NIÑAS 5 PASOS”

CHRISTOPHE ROY.

Coordinador Internacional EPODE. Francia.

EPODE está basado en un estudio científico que se inició en 1992 y se llevó a cabo por un instituto de investigación y concluyó en el 2005. De hecho existe una publicación reciente en Publique Nutrition Journal de diciembre de 2008 que confirma la baja prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños en las dos ciudades donde se realizó el estudio durante 15 años.

“Juntos prevengamos la obesidad infantil” fue lanzado en diez ciudades pilotos de Francia. Después de dos años se juntaron otras 210, y actualmente sigue creciendo y se espera tener 1,000 ciudades para el 2012.

La metodología EPODE, es prevención primaria y prevención secundaria, en realidad se hace muy poco tratamiento. Se ha comenzado una metodología de la prevención de la obesidad y del sobrepeso infantil, donde el blanco es la familia. Se miden resultados pesando cada 2 años a los niños que tienen entre 5 y 12 años en todas las ciudades EPODE. El objetivo del programa es promover hábitos alimentarios equilibrados, diversificados, accesibles, considerando el placer de comer; el segundo eje es promover la actividad física cotidiana para la familia.



En el centro del programa está el equipo de Coordinación Nacional, que consiste en una consultora y se enfoca únicamente en servir a las autoridades locales y a los jefes de proyecto. Coordina a los 4 pilares (Apoyo Político, Nacional, Regional; Comité de Pilotaje; Social Marketing y Comité Científico), EPODE coordina las acciones con los ministerios, con las ONG'S nacionales, y los alcaldes; quienes a su vez crean un club de alcaldes EPODE donde se reúnen para compartir lo que implementan a nivel local y son ellos los que crean y coordinan el Comité de Pilotaje.

Dentro del Comité de Pilotaje están las personas claves de la ciudad que van a ser capaces de impulsar acciones e interactuar con las personas que viven en la ciudad. El comité se encarga de las relaciones con todos los asociados al programa, de reunir diferentes competencias: educación, deporte, supermercados, periodistas, etc. De hecho los periodistas son importantes para que se hable del programa y reporte sobre lo que se hace en la ciudad.

El primer pilar es el apoyo político nacional, regional y local, ya que son los que permiten implementar. También un pilar esencial es el social marketing (mercado) que es el que permite entender cuáles son los frenos al cambio de comportamiento y de hábito alimentario y cuáles son los medios que se pueden utilizar para cambiar los comportamientos. Por otro lado, el comité científico es donde están nutriólogas, sociólogos, antropólogos y pediatras que ayudan en la preparación de dos campañas al año; a identificar el tema y después a entender cómo tratarlo para fomentar acciones.

Los alcaldes contactan a EPODE y se hace una presentación formal del programa. Es necesario un voto del consejo municipal, porque es un compromiso a largo plazo (5 años). Una vez que se ha aprobado, se da una capacitación durante 3 días para el consejo, jefe de proyecto y representante local y se espera a tener 5 ciudades inscritas para hacer una capacitación para los 5

jefes de proyecto. En México puede ser de 3 años.

El trabajo de la Coordinación Nacional es financiado principalmente por patrocinadores públicos, privados y fundaciones, aunque también existe financiamiento por parte del Ministerio de la Salud y de la Secretaría de Estado, a nivel local existen principalmente fondos de la Alcaldía, pero también regionales y se están desarrollando fondos de patrocinadores privados.

Después de 6 meses de la capacitación pedimos al jefe de proyecto que instale el programa en la ciudad. En este paso aún no se implementan acciones, solamente van a ver a sus colegas en la alcaldía y los actores locales e informan sobre el programa, además de sensibilizar a la población. Se da una guía que sirve durante los 5 años del programa, en ésta vienen todos los pasos que debe seguir para implementarlo en la ciudad: cómo se debe convocar, hacer una conferencia de prensa para informar sobre la instalación del programa, a quién debe invitar, que él mismo puede capacitar al alcalde y cómo se debe expresarse sobre el programa.

A los jefes de proyecto se les da 2 veces al año el documento de seguimiento, guías y las herramientas de comunicación sobre la campaña; se proporcionan las hojas de acción para todos los actores locales; que son ideas que pueden implementar con los médicos, niños de primaria, kinder, supermercados y empresas, ya que en realidad son acciones listas para el uso. También se da seguimiento con un documento sobre el monitoreo y evaluación que se proporciona posteriormente a EPODE para saber qué está pasando a nivel local. Para la evaluación hay un módulo de capacitación para todos los jefes de proyecto cuando se juntan en el programa. La guía es un documento de referencia de 10 páginas para cada campaña y refiere cómo implementar la campaña a nivel local y cuáles son los pasos que deben seguir.

Todos los patrocinadores que apoyan el programa a nivel nacional firman un convenio por lo menos de 5 años para que exista sustento y se comprometen a no intervenir en la definición del programa, lo que significa que no pueden opinar acerca de los temas. Además se comprometen a través de un programa gubernamental a mejorar el perfil nutricional de sus productos, para ser coherentes con el programa. A nivel nacional todos los temas se adecuan de acuerdo a las recomendaciones nacionales del Programa Nacional de Nutrición y Salud para que haya coherencia y coordinación.

Medir el peso y altura de los niños no es el objetivo de EPODE, es sólo un medio para saber

el impacto de las acciones que se implementen a nivel local. Para cada campaña se entregan entre 25 y 40 hojas de acción que se incorporan en un documento donde todos los actores locales están pre identificados. En las hojas está indicado hasta el costo de la siguiente acción para saber si se implementa o no. Para todos los médicos de la ciudad, hay una carta de información sobre el programa y tema que se va a tratar.

Existe también un documento acerca de cómo llevar el programa y la campaña en los seis meses, y otro que son las hojas de movilización; en ellas simplemente se plasman aquellas ideas que se pueden implementar pero que aún no están definidas. El objetivo de todos estos documentos es ayudar al jefe de proyecto a saber exactamente qué acciones, cómo implementarlas y con quién.

Un elemento importante en EPODE, es que en cada ciudad organizan una vez al año la Semana de la Alimentación y de la Actividad Física, donde se proponen acciones nuevas a toda la población. Los alcaldes respetan la filosofía y los principios básicos del programa, se comprometen a imprimir y distribuir los proyectos preparados por el equipo de Coordinación Nacional; se añade el logotipo, nombre de la ciudad y no se puede modificar el contenido de los documentos. Deben asegurarse que los nutriólogos y los especialistas en actividad física participen en el programa y la Coordinación Nacional EPODE valida las acciones, las cuales deben ser coherentes con los objetivos del programa.

El logotipo de las compañías no está en ninguno de los documentos que se ponen en las escuelas; por ejemplo en Francia, está prohibido el logo de cualquier patrocinador público o privado en los materiales que se distribuyen. Es importante el papel de los coordinadores de 5 pasos para implementar todas estas acciones exitosamente, para sistematizar y facilitar su replicabilidad en todos los proyectos y ciudades.

También dentro de EPODE se ha hecho una campaña de seis meses sobre qué espacio dar a los dulces, pues deben existir. Hay momentos para comer un pastel de chocolate, para beber un refresco y no hay que prohibir esos alimentos, para evitar el fracaso por la importancia que tienen en la alimentación del niño.

A partir del 15 de septiembre podrán acceder al sitio www.epode.fr para seguir estando al tanto de las acciones del programa. La Coordinación Nacional hace un boletín cada trimestre para informar de todas las actividades implementadas a nivel local. En cada boletín existe una entrevista de un alcalde, un jefe de proyecto local, un

patrocinador público o privado y hay información sobre el avance del programa. EPODE es parte de la solución y se trabaja arduamente con la Coordinación Nacional en la metodología y optimizar la estrategia 5 pasos.

DR. ARMANDO BARRIGUETE.



Serge Lebovici nace en 1915 y muere el 11 de agosto del 2001 a los 85 años de edad. Se casó en 1942 y actualmente tiene 2 hijas y 2 nietos.

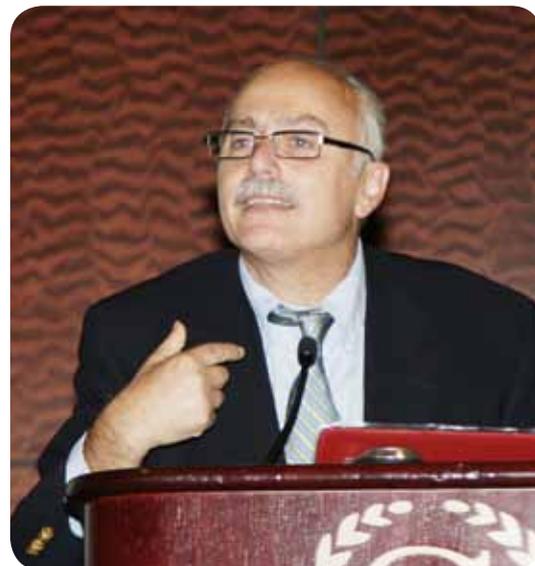
Su gran eje fue el tema "La relación Madre - Bebé". En 1947 le dan un proyecto de psicoanálisis. Ese año filma la psicoterapia con un niño psicótico, que se creía león, postraumático, por medio de la observación directa. Lo nombran Profesor de Psiquiatría en una zona de barrio, de gente de color. Al final de su vida hace un libro L'arbre de vie (libro de la vida), en donde habla del papel del bebé como lo más importante.

"INTERACCIONES PRECOSES Y AUTISMO: LAS APORTACIONES DE SERGE LEBOVICI"

DR. MICHEL BOTBOL.

Presidente Asociación Franco-Mexicana de Psiquiatría y Salud Mental.

Secretario de la Asociación Francesa de Psiquiatría.



3 tradiciones

- El entorno tenía una influencia sobre la salud mental del niño.
- Psicoanálisis (tradicional) hay trastornos mentales específicos en el niño que no son reductibles al modelo y que da importancia a la familia en la manera que se arma el trastorno.

Para definir el trastorno mental se deben tomar 3 niveles:

1. MECANICO: es biológico.
2. FUNCIONAMIENTO: es el porqué, cómo las cosas suceden, cómo se arman psicopatológicamente, no puntos de vista.
3. SENTIDO: cuál es su causa y mecanismo, toma un sentido particular para cada sujeto.

Una referencia al psicoanálisis con 3 características:

1. Psicopatología dinámica del funcionamiento.
2. Lo que cuenta para él son los principios terapéuticos del psicoanálisis, interesaba la exploración de estos principios, toda la patología.
3. Se oponía a la tendencia de cierto psicoanálisis a negar la realidad, valorizaba la historia concreta del niño contra una concepción anahistórica del psicoanálisis en los primeros trazos de una madre con su bebé. Valorizaba la realidad de la familia. Veía la realidad como una fuente importante de la problemática psicológica del paciente. Usa y da espacio a la subjetividad, a la cual se aproxima por una empatía que permite al que observa conocer cuál es el sentido.

Sus ideas tuvieron importancia enorme, su manera de usar el psicoanálisis le permitió tener esta influencia, no fue el psicoanalista que toma en cuenta la realidad, el enfoque es la clínica subjetiva (individual). Se dio cuenta de las desventajas y trataba de corregir la tendencia excesiva, tomó como pretexto el AUTISMO.

La psicopatología es el eje que se encuentra en el autismo, la idea es lo que caracteriza al sujeto, es la apetencia para el encuentro del otro (es nutrirse del otro, sólo si el sujeto dispone de bases de sentimiento y seguridad interna), estos sentimientos de delimitación interna están contruidos de experiencias de satisfacción y



placer (la diferenciación del otro - frustración al ver que el otro no es lo que necesito).

En el autismo la teoría es que algo sucede, cualquiera que sea su etiología hace que demasiado temprano se dé cuenta de que su madre es otra, no tiene la capacidad de procesar esta observación, la madre se diferencia con una parte del bebé, esas angustias inimaginables son lo que deja en el autismo al bebé, hasta no poderlo soportar. Simboliza o representa algo: la separación. La depresión materna durante el embarazo aumenta 4 veces el riesgo de autismo.

Redes de investigación:

1ª fase: tema principal, verifica de manera sistemática el estudio epidemiológico. Tratar de someter hipótesis psicodinámicas sobre el autismo.

2ª fase: los perfiles evolutivos del autismo. La idea de establecer sobre los instrumentos para evaluar y se implemente un sistema de centro de recursos para el autismo.

3ª fase: los signos precoces. Estudios retrospectivos sobre interacciones en signos precoces usando instrumentos en el diagnóstico de autismo, estudio prospectivo basado en la teoría del circuito el bebé, sabe que hay un objeto que necesita y no sabe qué es.

Es la noción de Lebovici, en la terapéutica, el médico se dedica a detalle, a conocerlo pero el paciente no sabe para qué es. Lebovici dijo que la consulta debe ser útil para el médico y también para el paciente.

No se tiene la etiología, pero sí se sabe que la parte racional es importante y protege; aunque no acaba con la enfermedad sí disminuye el riesgo. La meta no es la autonomía demasiado temprano o tardía en los niños, se debe adaptar a lo que constatamos y observamos, se debe incrementar la empatía no sólo en terapeutas sino también en las mamás. Hay necesidad de valorizar la utilidad de un terapeuta y de lo que sentimos. Reflexionar la manera de cómo nos sentimos emocionalmente y ¿cómo influye en el desarrollo de la enfermedad TCA?

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Knowler, W.C., Pettitt, D.J. y Saad, M.F. (1991). Obesity in the Pima Indians: It's magnitude and relations with diabetes. *Am J. Clin. Nutri* 53: 1543-1551.

Bautista-Castaño I., Doreste J. y Serra-Majem Lluís. Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *Eur J Epidemiol* 2004; 19:617-622.

Edmunds L., Waters E. y Elliott E. Manejo de la obesidad infantil basado en la evidencia. *BMJ* 2001; 323:916-919
Ellis, A y Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy, A Basic Clinical Theory of Rational-Emotive Therapy*. Pág. 10.

Brems, C. (2000). *Basic Skills in Psychotherapy and Counseling*. Belmont, Ca: Brooks/Cole.

Connors, Donovan & DiClemente (2001). *Substance Abuse Treatment and Stages of Change*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C. y Brownell, K. (2002). *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press.

Greenson, R. (1960). "Empathy and its Vicissitudes". *International Journal of Psychoanalysis*, 41, pp. 418-424.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, pp.38-48.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ed*. American Psychiatric Association, Washington, DC.

Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, Goldner EM & Gao M. The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38:143-146, 2005.

Devlin, M.J, Goldfein, JA & Dobrow, I. What is this thing called BED? Current status of BED Nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S2-S18, 2003.

Hoek HW & van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 383-396, 2003.

Nielsen S. Epidemiology and mortality in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2001;24:201-214.

FUNDACIÓN FRANCO-MEXICANA PARA LA MEDICINA IAP

Institución de Asistencia, sin fines de lucro. Marca Registrada.

Miembro de la Junta de Asistencia Privada. Oficio «PJAP/296/2004», escritura pública No. 159,771, 25 de Agosto de 2004, RFC:

FFM040825DTA. Boletín «Enlaces Médicos» Francia-México. Registro ISSN 1870-445X. Marca registrada. Asociado con el INSP y su revista PME (Práctica Médica Efectiva).

Presidentes Honorarios. Dr. José Ángel CÓRDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud; Daniel PARFAIT, Embajador de Francia. Vicepresidentes Hon. Don. Henri BREMOND, Lic. Miguel Ángel YUNES, DG ISSSTE; Dr. Didier JAYLE, Pte. Misión Interministerial de Lucha contra las Toxicomanías (MILT FR); Dr. Jesús KUMATE, Pte. Fundación IMSS; Pr. Claude BENHAMOUR, Dir. Universidad Virtual Médica Francófona (UMVF FR); Dn. Agustín Legorreta, Presidente Federación Alianzas Francesas de México; Dr. Mauricio HÉRNANDEZ.

Subsecretario de Prevención, Dr. Julio SOTELO Coordinador Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Dr. Fernando GABILONDO, DG Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ; Dr. Marco Antonio MARTÍNEZ RÍOS, DG Instituto Nacional de Cardiología ICh; Dr. Mario HENRY, DG Instituto Nacional de Salud Pública; Dr. Francisco NAVARRO, DG Hospital General de México; Dr. Roberto SIMÓN, DG Hospitales Ángeles; Dr. Sergio RODRÍGUEZ C., Pte. Asociación Médica Franco-Mexicana.

Correspondencia: Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP. Sede Embajada de Francia. Lafontaine 32, Polanco. Del. Miguel Hidalgo 11560 D.F. México. 2° piso, oficina 221. Tel.: 5690-6320

www.FFMM-IAP.net Informes: informes@ffmm-iap.net