



ISSN: 2007-5502

Psic-Obesidad

Boletín electrónico de

Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual

40 años aniversario
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
1976-2016



Volumen 6, Número 21

Enero - Marzo de 2016

N.R. 04-2010-100813543100-203

www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

Contenido	
1. Trabajos de difusión en investigación <i>Desglose de la obesidad y delgadez en adolescentes (Primera Parte)</i> Mtra. Ana Lilia Muñoz Corona, Lic. Lizbeth Castro Amaro	5
2. F54 Factores psicológicos ... [316] <i>La montaña rusa emocional: Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) - Borderline o F60.31</i> Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling	8
3. Acérquese... ricos tamales <i>¡¡No, Gracias...ya desayune!</i> Lic. Maricruz Morales Salinas	11
4. Como, luego existo <i>Cuatro pilares en la prevención de la obesidad y el sobrepeso: La imagen corporal, su percepción.</i> M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo	15
5. Colaboraciones <i>Beneficios del ejercicio físico en el adulto mayor</i> Lic. Guadalupe Gabriela Jiménez Batres y M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo	18
6. Próximas reuniones científicas	23
Normas de Publicación	24

Editorial

El año 2015 las acciones frente a la obesidad y el sobrepeso se intensifican en las áreas de la salud y la alimentación. A continuación se desglosan en seis campos que se describen a continuación:

1. Kilos de más, pesos de menos: el costo de la obesidad en México

- El 73% de los adultos y el 35% de los niños y adolescentes tienen sobrepeso u obesidad (ENN, 2012), que sumados son 60.6 millones de personas, que corresponde al 47.85 por ciento 92 de la población actual de acuerdo con la Encuesta Inter-censal de 2015 (INEGI), es de 119 millones 530 mil 753 habitantes. Población masculina actual (48.6%), y población femenina actual (51.4%).

2. Mientras que la esperanza de vida promedio para los hombres es de 75 años de edad y las mujeres de 78 años de edad, con menor calidad de vida a consecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas.

3. Como factor asociado el analfabetismo en México:

"... un síntoma de la falta de crecimiento del país, de la desigualdad creciente, de un modelo de progreso que favorece los indicadores macroeconómicos antes que el desarrollo humano:

- 5 millones 400 mil mexicanos mayores de 15 años no saben leer ni escribir;

- 10 millones más son analfabetos funcionales porque no han terminado la primaria

- otros 16 millones no han acabado el nivel de secundaria" (Narro & Moctezuma, 2012, pág. 6).

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 Atención a la Comunidad Universitaria

Dra. Mónica González Contró
Abogada General

Lic. Néstor Martínez Cristo
Director General de Comunicación Social

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
Director

DR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD
Secretario General

DRA. ROSALINDA ESCALANTE PLIEGO
Secretaria de Integración, Promoción y Desarrollo Académico

M. EN C. FAUSTINO LÓPEZ BARRERA
Secretario de Planeación

LIC. SERGIO SILVA SALGADO
Secretario Administrativo

DR. EDELMIRO SANTIAGO OSORIO
Jefe de la División de Posgrado e Investigación

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
Coordinadora de Trayectoria Escolar de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento

DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
Jefa de la Carrera de Psicología

MTR. 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 FERNANDEZ

Equipo de colaboradores

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

LIC. GUADALUPE GABRIELA JIMÉNEZ BATRES

LIC. LIZBETH CASTRO AMARO

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS

LIC. CLAUDIA AHUMADA

Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

Correos electrónicos:

boletinspsicobesidad@yahoo.com.mx

raquelguillen2010@gmail.com

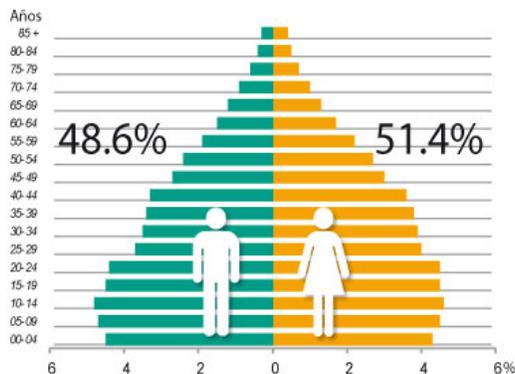


Tabla 1: Pirámide poblacional 2015. INEGI. La población menor de 15 años representa el 27 por ciento del total. La población de 15 a 64 años de edad corresponde al 65 por ciento y el 8 por ciento a los adultos mayores. Fuente: INEGI, 2015: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>

4. La percepción de las personas sobre su condición emocional, cognoscitiva y conductual acerca de su salud y sobrepeso: *“Estoy por rendirme, he intentado de todo y sigo igual”*

5. El desarrollo sostenible como variable, promueve una vida digna para todos (NU, 2013); un ambiente saludable (OMS, 2015), ambos relacionados con las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles. La figura 1c muestra la interacción de los objetivos del desarrollo del milenio y los del desarrollo sostenible. Resalta el objetivo 3 para garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos, en todas las edades.

6. Y las estrategias de comida saludable se encuentran en riesgo por el acceso de comidas rápidas y bebidas de sabor variado con altos niveles de sales y azúcares. En sales el consumo mayor de lo recomendado: 2.4 grm al día: *Los adultos deberían consumir no más de 2.000 miligramos de sodio, o 5 gramos de sal, y al menos 3.510 miligramos de potasio por día* (OMS, 2013).

Bebidas

Tabla 1: Contenidos de sodio en alimentos de acuerdo con la OMS, 2013 y Gálvez-Mariscal de 2013 del Programa Universitario de Alimentos (UNAM).

ALIMENTO	Porción (g)	Sodio (mg por porción)	Porcentaje de la nueva recomendación OMS, 2013 (2,000mg)
Caldo de pollo Knorr en polvo (1C)	10	2000	100
Sopa instantánea Maruchan (1 vaso)	64	1170	58.5
Salsa de soya (1C de 10g)	10	700	35
Salchicha Pavo Peñaranda	60	400	20
Pan de caja, pasteles, cereales	100	250	12.5
Queso tipo manchego	35	239	12
All Bran Flakes (1 taza)	40	200	10
Salsa Ketchup (Heinz) (1C)	17	190	9.5
Queso Panela Volcanes	30	180	9
Queso Panela Lala light	30	180	9
Palomitas Sabritas microondas	25	180	9
Chips Barcel	41	161	8
Mayonesa Reducida en grasa, con queso	15	140	7
Galletas Chokis (3 galletas)	31.5	135	6.8
Galletas Oreo (3 galletas)	27	124	6.2
Mariás Marbú Doradas (5)	30	121	6
Queso Cottage Sta. Clara	30	99.6	5
Avena Flakes Quaker 1 porción	30	85	4.3
Salsa Valentina	5	64	3.2
Mostaza French's	5	55	2.8

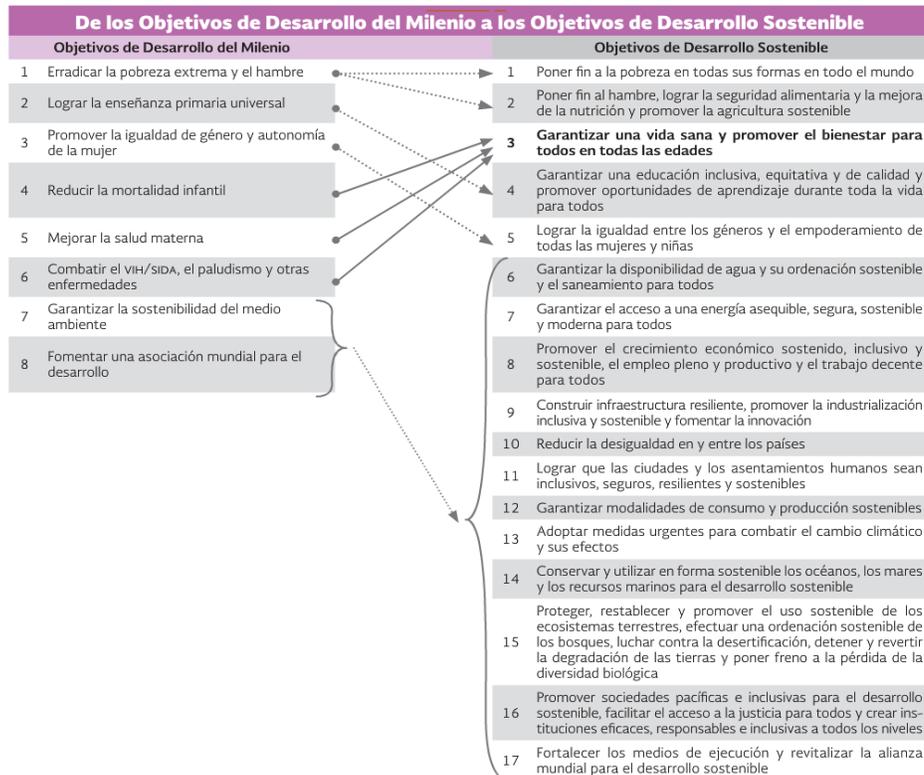


Figura 1: relacion entre los objetivos del desarrollo del Milenio y los del desarrollo sostenible. Los vínculos de las enfermedades crónico degenerativas no trasmisibles se encuentran en los enlaces 4 al 6, salud 7 y 8; meta 9 (pág. 133) Fuentes: CÓNAPO, 2015, pag. 143 y Naciones Unidas, 2014

TABLA NUTRIMENTAL Peñafiel Twist® limón.	
Tamaño por porción	240 ml
Cantidad por porción/ Contenido energético	17 kJ
Proteínas	(4)Cal
Grasas (lípidos)	0 g
Grasa saturada	0 g
Carbohidratos (hidratos de carbono)	1 g
Azúcares	0 g
Fibra dietética	0 g
Sodio	136 mg

Fuente: <http://grupopenafiel.com.mx/bebida/penafiel-twist/>

COCA-COLA® (botella).	
Hechos nutricionales	por 1 botella (400 ml)
Energía	711 kJ - 170 kcal
Proteína	0 g
Carbohidrato	42 g
Fibra	0 g
Azúcar	42 g
Grasa	0 g
Grasa saturada	0 g
Grasa trans	0 g
Grasa poliinsaturada	0 g
Grasa monoinsaturada	0 g
Colesterol	0 mg
Sodio	25 mg
Potasio	0 mg

Fuente: [www.fatsecret.com.mx/calorias-nutricion/coca-cola/coca-cola-\(botella\)/1](http://www.fatsecret.com.mx/calorias-nutricion/coca-cola/coca-cola-(botella)/1)

En azúcares, la OMS (2015) publica las directrices para reducir el consumo de azúcares libres a menos del 10 por ciento de las calorías totales diarias (en una dieta de 2000 calorías), así como los beneficios a la salud al consumir menos del cinco por ciento. “en México autoridades aprobaron un consumo diario de 90 gramos equivalente al 18 por ciento (Radio fórmula, 2015). Una cucharada de azúcar copiosa tendrá 35 gramos aproximadamente y una cucharada de azúcar tiene aproximadamente 65 calorías.



Cucharada de Sal



Cucharada de azúcar

El consumo excesivo de sal contribuye al desarrollo de la presión alta, deficiencia de calcio, osteoporosis, retención de líquidos, aumento de peso, úlceras estomacales y cáncer estomacal (North Carolina Department of Agriculture and Consumer Services).

*Paso a paso el sobrepeso va ganando terreno a la Salud del individuo y de la sociedad
Silenciosamente incrementa su volumen, su peso corporal y los factores de riesgo.
Una y otra vez el sobrepeso se esfuerza por mantenerse
Sin embargo el sobrepeso queda vencido frente al embate:
del **conocimiento** del daño que causa,
de la **perseverancia** que transforma los hábitos inadecuados a sanos; y
de la **satisfacción** por el logro de alcanzar los objetivos que dan un **estilo de vida saludable**.*

Paso a paso continuaremos con las estrategias de prevención y atención a la salud e la población, en particular la que tiene sobrepeso u obesidad.

REFERENCIAS

- CONAPO (2012), *Documento metodológico Proyecciones de la población de México 2010-2050*, CONAPO, México
- CONAPO 2015, Situacion_Demografica De México. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Situacion_Demografica_De_Mexico/2015/HTML/index.html#143/z
- Criterio para consumo diario de azúcar en México es superior a recomendación OMS*. 05 de Marzo, 2015. Disponible en <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=484084&idFC=2015>. Acceso 19-05-2015
- Gálvez Mariscal, A. (2013). Hipertensión Arterial. Programa Universitario de Alimentos. México, UNAM. Disponible en <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicaciones/ENEO-UNAM-Hipertension.pdf>. Acceso 05-11-2014.
- Narro-Robles, J., & Moctezuma-Navarro, D. (2012). Analfabetismo en México: una deuda social. *Realidad, datos y espacio revista internacional de estadística y geografía*, 3(3), 5-17.
- North Carolina Department of Agriculture and Consumer Services Disponible en: <http://www.ncagr.gov/fooddrug/espanol/documents/ConsumodeSalydeSodio.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños*. WHO/NMH/NHD/15.2 Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de Salud (2013). OMS publica nueva guía sobre consumo de sal y potasio. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=25583#.UYrjK6I6k3k>. Acceso 19-04-2014.

1. Trabajos de difusión en investigación

DESGLOSE DE LA OBESIDAD Y DELGADEZ EN ADOLESCENTES (PRIMERA PARTE)

En la interacción escolar es frecuente escuchar entre los alumnos llamarse entre sí por un rasgo distintivo como la estatura, la complexión física, el color del cabello o por otras cualidades como fuerza, atención o inteligencia. Balanceándose entre lo positivo a lo negativo, y viceversa, las particularidades pueden dejar en el individuo un sello permanente que en la historia del aprendizaje social se puede consolidar como una atribución personal:

Se llama María, pero la conocen como la *Chiquis* y se autonombra *María Chiquis* en su perfil de redes sociales. Se llama *Alejandra* pero la identifican como la *Gorda* y su auto descripción es de *Obesa* aunque su complexión física sea delgada. Estas connotaciones pueden encontrarse de acuerdo con sus elementos asociados positivos o negativos y sus aproximaciones, como las siguientes:

- Por la educación, la cual es un proceso sistemático y planificado, intercomunicación entre los integrantes donde la enseñanza - aprendizaje se desarrolla para facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y difíciles las prácticas de riesgo (Reidl, 2010).

- Las conductas saludables frente a las conductas de riesgo: Se encuentran entre las conductas saludables las del entorno - sociales e individuales-, que favorecen el desarrollo integral del individuo (o grupos) y la tendencia a conservar la armonía y la salud. En oposición se encuentran las conductas individuales (o grupales) que tienen al desorden, a la exposición del equilibrio estable y las asociadas a una alta probabilidad de dañar la salud.

- Los factores protectores de las conductas saludables se encuentran:

De la propia persona:

Una autoestima alta.

Un buen sentido de la vida

Un centro de control interno firme

Un proyecto de vida elaborado y consolidado

Buen nivel de afrontamiento a las adversidades (resiliencia)

En las relaciones interpersonales:

La familia como contenedora

Seguir en un sistema escolarizado formal

Amistades firmes y duraderas.

Con estas cualidades se encuentran entonces los factores de riesgo de amplio espectro:

a) La familia con pobres vínculos entre sus miembros.

b) Violencia intrafamiliar.

c) Autoestima baja.

d) Pertener a un grupo con conductas de riesgo.

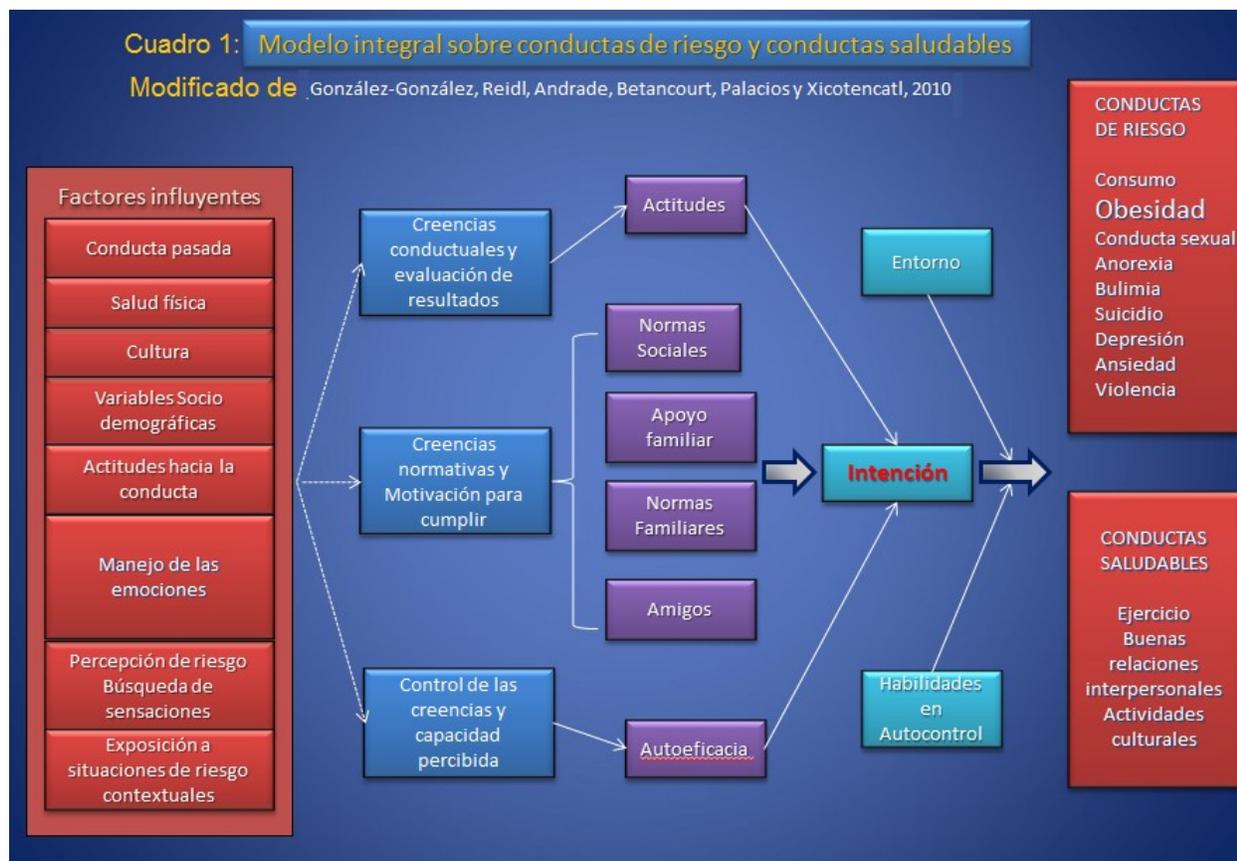
e) Deserción escolar.

f) Débil proyecto de vida

g) El centro de control externo

h) Insuficiente afrontamiento a las adversidades

El modelo propuesto por Reidl et al (en Reidl-Martínez, 2010), señala las intersecciones de las conductas saludables y las conductas de riesgo a través de los factores influyentes, las creencias, las actitudes y la intención como lo muestra el siguiente cuadro 1:



- El lenguaje como descriptor de la condición corporal, de la autoestima y el autoconcepto. Se encuentra en el desarrollo del individuo los aprendizajes del idioma y sus connotaciones referenciales. La condición obesa, delgada o normal se encuentra en el referente social que indica a los individuos su aceptación o rechazo, además como su mantenimiento de acuerdo con los cánones establecidos por la sociedad y la cultura. Además en este estudio se consideró al adjetivo para determinar la extensión significativa del sustantivo. Calificativos: expresan una cualidad que el sustantivo posee de forma permanente o pasajera. - especificativo: necesario, delimita, restringe; objetivo - explicativo: innecesario, no delimita; subjetivo.

En particular para la gordura, Baltasar Fernández-Ramírez et al (2011) refieren a Gordo como un adjetivo de connotaciones positivas y negativas. El Gordo de la Lotería (positivo), problema gordo, me cae gordo (negativo): el uso metafórico de gordo se emplea con lo excesivo o fuera de lo común.

De acuerdo con Jauregui (2011) el término Gordo tiene las siguientes acepciones:

Gordo, da. (Del latín gurdus, voz de origen hispánico.).

1. Adjetivo. De abundantes carnes.
2. Adjetivo. Muy abultado y corpulento.
3. Adjetivo. Pingüe (// craso y mantecoso). Carne gorda.
4. Adjetivo. Que excede del grosor corriente en su clase. Hilo gordo. Lienzo gordo.
5. Adjetivo. Muy grande, fuera de lo corriente. Ha tenido un accidente gordo.
6. Adjetivo. Antiguo. Torpe, tonto, poco avisado.
7. Masculino. sebo (// grasa que se saca de los animales herbívoros).
8. Femenino. México. Tortilla de maíz más gruesa que la común.
9. Femenino. Coloquial poco usado. Perra gorda.

Al hablar de GORDOS (esto es, Personas gordas) se refiere a las que tiene abundantes carnes, cuerpo abultado, exceso de grosor (comparado con los otros), con torpeza implícita.

OBESO

Obeso, sa. (Del latín *obesus*).

1. Adjetivo. Dicho de una persona: Excesivamente gorda; sus carnes serían excesivas, cuerpo excesivamente abultado o exceso de grosor.

OBSESO

Obseso, sa. (Del latín. *obsessus*, Participio pasivo de *obsidère*, cercar, asediar). Adjetivo. Que padece obsesión. Usado también como sustantivo.



(C) Archivo personal editora 2016

Delgado: En su etimología viene del latín (*delicātus*, delicado, delicioso, tierno, fino) y, como primera acepción, hace referencia a la persona flaca, cenceña, de pocas carnes. Y en siguientes acepciones es tenue, de poco espesor, o delicado, suave. Y también agudo (voces delgadas), sutil e ingenioso. Sólo el uso "antiguo" como adjetivo hace referencia a poco, corta o escasa (ganancia delgada).

El matiz de "lo opuesto a grueso o gordo" es general también desde los primeros textos del castellano antiguo. El duplicado culto delicado ha conservado un significado más próximo al latino.

La vinculación de lo que hoy se entiende por 'delgado' (con poca carne o grasa en el cuerpo) se realiza desde el rasgo 'fino' aplicado a persona. Por el contenido de 'fragilidad', delicado pasa a significar débil, enfermizo (tanto con ser como con estar), es un eufemismo para designar algo "fácil de estropear, romper o lastimar", de ahí que se aplique también este término para referirse a las personas extremadamente sensibles, propensas a sentirse heridas y lastimadas por la falta de delicadeza de otros. Desde su origen, la "delicadeza", lo "delicado" ha estado unido a lo sensible, a la ternura, a la suavidad y a la distinción (págs. 297-300).

En la segunda parte se reportan los resultados del estudio sobre cómo desglosan la obesidad y la delgadez un grupo de mujeres adolescentes.

REFERENCIAS

- Fernández-Ramírez, B., Baleriola, E. & Esquirol, E. (2011). Desplazamiento y normalización del rechazo laboral hacia las mujeres por cuestiones de talla. *Prisma Social*, 7, 1-50. Disponible en: [http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/7/seccion es/tematica/06-rechazo-laboral-mujeres-talla.html](http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/7/seccion%20es/tematica/06-rechazo-laboral-mujeres-talla.html). Acceso 03-01-2013.
- Jáuregui-Lobera, I. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria 4, 295-320.
- López-Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI, Revista de Educación*, 4, 167-179.
- Reidl-Martínez, L.M. (2010). Salud: Conductas de riesgo y Conductas saludables. Material Didáctico. México. Facultad de Psicología. UNAM. Disponible en <http://www.psicol.unam.mx/Investigacion2/>. Acceso 13-06-2015.

2. F54 Factores psicológicos... [316]

LA MONTAÑA RUSA EMOCIONAL:

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) - Borderline o F60.31 DSM- 5: SECCIÓN III

Siento que siempre estoy en una montaña rusa de sentimientos.

¿Cómo bajarse de ella?

He intentado observarlos simplemente,

pero tan pronto como uno se ha ido ¡viene el siguiente!

Osho, The Transmission of the Lamp, charla #6

En la evaluación psicológica de los pacientes con y sin presencia de obesidad, es importante comprender a qué se refiere el paciente de sus contenidos emocionales para así poder auxiliarlo de la mejor manera posible. El tema que se aborda en este artículo es la referencia de la “Montaña Rusa Emocional”.

Una montaña rusa es una vía de rieles que permite a los vagones circular de manera continua. Originaria de Rusia, su diseño de curvas, subidas y bajadas evoluciono al actual juego de los parques de diversiones. Los vagones generalmente ascienden las subidas mediante una cadena o un cable movidos por un motor y luego descienden por efecto de la gravedad, provocando una aceleración con el objetivo de divertir y asustar a los pasajeros (Wikipedia, 2015). Desde lo emocional, se describen las siguientes:

Luces y Sombras: Luces significa que estas estas bien anímicamente, en la parte alta de la montaña rusa y facilita la toma de decisiones.

Sombra representa el estar decaído, apagado y dificulta la toma de decisiones importantes, es decir, estar en la parte baja de la montaña rusa. Onieva, 2013

La vida es como una montaña rusa: subes, bajas, ríes, lloras, gritas, te desesperas, y al final después de ver el camino recorrido solo te queda

una sonrisa en los labios y la satisfacción de saber que tuviste el valor para subirte .

Lena Foher, Montañas Rusas, 2014

Las emociones dan el color a la vida: Las emociones anómalas, negativas o mal aprendida como la ansiedad, la angustia, la culpa y la vergüenza, lucen poco claras, incluso oscurecen las conductas y las cogniciones. Su contraparte, las emociones normales, positivas como la alegría y el optimismo, dan brillo a la persona y a su entorno. Incluso contrarrestan la psicopatología. Fankhauser et al (2015) elaboran un programa piloto para tratar la apatía en esquizofrénicos empleando emociones positivas: contrarrestar el pensamiento derrotista desarrollando alternativas positivas de pensar.

Winch (2014) psicólogo estadounidense da recomendaciones para que la persona se encuentre emocionalmente estable poniendo en marcha hábitos como primeros auxilios emocionales. La interpretación de las propuestas es la siguiente:

1. Recuperar el control frente al fracaso: cambiar las ideas irracionales por otras más racionales.
3. Mantener la calma y la reflexión ante los problemas: buscar las soluciones y dar tiempo al tiempo
4. Incrementar la autoestima: comprenderse y colocar la perspectiva positiva

5. Valorarse ante un fracaso: Junto con la autoestima, reconocer las posibilidades de salir adelante.
6. Favorecer las relaciones interpersonales significativas y el encuentro social: darse la oportunidad de convivir con los demás.
7. Sustituir la emoción de culpa por comprensión y empatía. Llevar la conducta y las cogniciones hacia soluciones reales, positivas y sin prejuicio de sí mismo.

De manera que la sustitución de emociones negativas por conductas y cogniciones positivas, permitirán el bienestar integral del individuo (Shiota et al. 2006).

Este panorama es muy alentador que se oscurece ante trastornos psicológicos como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) - Borderline. Condición que no permite al individuo identificar sus emociones y realizar los cambios: de negativas a positivas. ¿Qué respuestas dará a las siguientes palabras? Positivo /Negativo / Bueno /Malo /Agradable /Desagradable /Contento /Triste / Asustado / Alegre /Enojado /Contento (Scale of Positive and Negative Experience (SPANE), 2009, de Diener et al. 2009).

Entonces ¿En qué consiste el Trastorno Límite de la Personalidad? La persona presenta: cambios emocionales bruscos (vivir en una montaña rusa), incapaces de manejar la frustración, impacientes con falta de control de sus emociones. Pueden ser impulsivos, con sentimientos de soledad o vacío emocional, escasas relaciones interpersonales, extremistas donde lo blanco es blanco o lo negro es negro sin puntos intermedios. Ante las “subidas y bajadas” emocionales, se encuentran ávidos de comprensión y compañía, con dificultades para corresponder de manera estable con los demás.

Los criterios del DSM IV (2002) caracteriza al Trastorno límite de la personalidad (TLP) o borderline con respuestas afectivas inestables, empáticas, distorsión de la auto-imagen, predominante impulsividad y al menos cinco síntomas:

- * Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- * Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- * Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
- * Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves
- * Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej.: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días)
- * Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- * Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- * Sentimiento crónico de vacío interior
- * Impulsividad en relación de consumos, sexo, abuso de sustancias, conductas temerarias o atracones de comida.

Esta última característica de impulsividad en el consumo (alimentario), está relacionada con la presencia e sobrepeso y obesidad que se relaciona con: Trastorno de personalidad con fallos en la adaptación con: alteraciones de la identidad o en las relaciones interpersonales significativas o efectivas,

límite, y sus facetas o rasgos obsesivo-compulsivo y esquizotípico); y una serie de seis dominios de personalidad, cada uno de los cuales con un subconjunto de facetas o rasgos (DSM V, 2013).

Los rasgos de personalidad y los estilos se pueden encontrar en todos los individuos y en particular a quienes presentan el Trastorno de Personalidad Límite, requiere de una evaluación integral y algunas consideraciones adicionales como lo describen Esbec & Echeburúa (2011).

- 1) Que se encuentre con una duración de varios años;
- 2) No ser manifestación o consecuencia de otro trastorno mental; y
- 3) No deberse únicamente atribuirse a los efectos fisiológicos de una droga o de una enfermedad médica.

Por último, parte de la evaluación debe incluir los análisis de laboratorio y de gabinete para su mejor descripción diagnóstica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association* Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)(2002). España, Masson.
- American Psychiatric Association* Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (2013). Usa. Apa.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(1), 1-11.
- Fankhauser, C., Nguyen, A., Ringuet, A., Ismailaj, A., Bonsack, C., Rexhaj, S., Hasler, J.D., Favrod, J. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *Bmc Psychiatry*, 15(1), 3-8. 231.
- Onieva, J.L. (2013). *La vida es una montaña rusa*. Disponible en <http://joseluisonieva95.blogspot.mx/2013/01/la-vida-es-como-una-montana-rusa.html>. Acceso 7-04-2015.
- Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)* by Ed Diener and Robert Biswas-Diener, (2009).
- Winch, G. (2014). *Emotional First Aid*. USA: Plume.



Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling



Trastorno límite de la personalidad en análisis

3. Acérquese... ricos tamales

¡No, Gracias...ya desayune!

En los últimos años se han acrecentado los problemas de salud principalmente por el constante aumento del sedentarismo, lo que conlleva a que no se metabolice de forma eficiente la ingesta calórica del individuo, y de los estilos de vida poco saludables que generan un deficiente estado de salud general.

Esta situación podría cambiar si se hacen esfuerzos por fomentar en la población una alimentación adecuada, actividad física y un estilo de vida más saludable, lo que ayudara a mejorar la cantidad y calidad en los años de vida (Mendoza, Ságra & Batista, 1994 en Muñoz, Fernández & Navarro, 2015).

Por ello la OMS (2003 en Muñoz, Fernández & Navarro, 2015) hace las siguientes recomendaciones en lo que se refiere a la dieta: lograr un equilibrio calórico y peso saludables; reducir la ingesta calórica procedente de las grasas saturadas; aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta de azúcares libres; reducir el consumo de sal y hacer una media de cinco ingestas diarias.

Hablando de la primera comida del día, el desayuno, se sugiere que debe aportar entre un 25 y 30% de las necesidades nutrimentales diarias y referente a la calidad nutricional se favorecería con la inclusión de lácteos, fruta y cereales, ya que contribuyen a complementar el aporte adecuado de energía, carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales a lo largo del día (Herrero & Fillat, 2006; Alimentación saludable: Guía para familias, 2007).

¿Qué consecuencias tiene el evitar el desayuno?

- Un periodo de ayuno de más de doce horas durante las cuales el organismo no tiene una fuente exógena de energía.
- No contar en ese tiempo con el aporte dietético de proteínas y aminoácidos necesarios para la síntesis de neurotransmisores.
- La deficiencia de niveles adecuados de vitaminas y minerales, que en algunos casos puede ser un factor limitante en la producción de los neurotransmisores.
- Disminución de la glucemia, lo que provoca fatiga, apatía y sueño.
- En cuanto a la velocidad de procesamiento cerebral, generalmente disminuye en los niños en condiciones de ayuno.
- Mayor propensión al cansancio y a desencadenar problemas metabólicos.
- Baja en el estado general de actividad física y mental.

¿Por qué tan importante desayunar?

Uno de los beneficios del desayuno esta involucrado con el equilibrio nutricional, en el rendimiento físico y el buen rendimiento intelectual no solo en la edad escolar, sino también en la edad adulta y en la edad avanzada (Herrero & Fillat, 2006). Además, un desayuno adecuado en carbohidratos y proteínas promueve la liberación de insulina, la que estimula la síntesis de enzimas que intervienen en la formación de neurotransmisores como serotonina, catecolaminas, acetilcolina y otros, aportando, así, los niveles plasmáticos y cerebrales adecuados para realizar un trabajo intelectual (Benton & Parker, 1998; Pollit, 1995, en Jofré, Jofré, Arenas, Azpiroz & de Bortoli, 2007).

Al comenzar el día con una buena reserva de energía contribuye al equilibrio de la dieta de cada jornada y favorece la mejora de la capacidad de aprender y de concentrarse se presenta una serie de propuestas para desayuno propuestos por Silva-Palma en 2016*

RECOMENDACIONES

La clave está en la conducta para conformar buenos hábitos de alimentación que favorezcan tu salud. Es recomendable realizar el desayuno o primer tiempo de comida una hora después de despertar, ya que con este primer tiempo de comida se rompe el ayuno del período de sueño. Comience su desayuno con un vaso de 250 ml de agua natural.

Desayuno 1

Quesadillas con ensalada	1 barra de amaranto	1 pieza de durazno	1 jugo verde
2 tortillas de harina con queso Oaxaca, jamón de pavo y ensalada de jitomate, cebolla y aguacate.	Sabor natural o con miel	Pieza mediana	Linaza, apio, piña, nopal y agua.

SÍNTESIS: Quesadillas con ensalada, 1 barra de amaranto, 1 pieza de durazno, 1 jugo verde.

Desayuno 2

Pechuga rellena	Hot cake de avena	1 té de manzanilla	Uvas verdes
Pechuga asada rellena con calabazas y ejotes asados. Sazone con orégano y vinagre.	Mezcle 2 claras de huevo, 100 ml de agua, 1/3 de taza de hojuelas de avena, canela en polvo (al gusto), 1/2 plátano, con 1 cucharadita de vainilla y 1 cucharadita de chía. Cuando esté lista la mezcla vierte en un sartén con poco aceite. Prepara dos piezas de tamaño mediano.	Prefiera los ingredientes naturales a la clásica presentación en bolsa.	8 piezas

SÍNTESIS: Pechuga asada rellena con calabazas y ejotes hervidos, 1 hot cake de avena con plátano, 8 uvas verdes, 1 té de manzanilla.



Desayuno con Champiñones (2012)
Archivo personal R.S.G.R.

Desayuno 3

Sándwich con vegetales	Gelatina	Papaya	Té de hojas de naranjo
2 piezas de pan integral, jícama, zanahoria y pepino rallado, queso panela, pechuga de pavo y aguacate.	1 gelatina de agua. Puede agregar 3 nueces y 5 pasitas.	1 plato pequeño de papaya picada en cubitos. Agrega avena y chía.	Elige ingredientes naturales.

SÍNTESIS: Sándwich con vegetales, 1 gelatina, 1 plato con papaya picada, 1 té de hojas de naranjo.

Desayuno 4

Claras vegetarianas	Avena	Manzana	Té de limón
2 claras de huevo rellenas con champiñones y espinacas. Con guarnición de lechuga con jitomate o nopales con granada.	1/3 de taza de avena en hojuelas cocida con agua o leche, canela y vainilla al gusto. Sirva acompañado de trozos de fresa.	1 pieza mediana de manzana verde.	Agregue 4 gotas de limón y endulce con una cucharadita de miel.

SÍNTESIS: Claras vegetarianas, Avena con leche y fresas, 1 manzana verde, té de limón.

Desayuno 5

Burrito con pollo	Yogur con frutas	Nueces	Té de yerbabuena
2 piezas de tortilla de harina, tiras de 1 pechuga de pollo asada o hervida y deshebrada, lechuga, jitomate, aguacate, espinacas y queso panela.	En un plato mediano, agrega cubitos de manzana, papaya, melón y mango, cubiertos con 4 cucharadas de yogur natural, 1 cucharadita de amaranto, 1 cucharadita de avena, 1 cucharadita de chía y 1 cucharadita de miel.	4 piezas	Elige ingredientes naturales.

SÍNTESIS: Burrito con pollo, yogur con frutas, nueces, 1 té de yerbabuena.

Desayuno 6

Ensalada con huevo	Galletas	Manzana	Jugo tropical
1 pieza de huevo cocido en rodajas sobre una cama de lechuga, jitomate y pepinos. Agregue una papa mediana hervida o asada sazonada con orégano.	2 galletas habaneras con una mezcla de queso de cabra, miel y almendras.	1 pieza mediana de manzana verde.	Naranja, zanahoria, apio y fresa.

SÍNTESIS: Ensalada con huevo, 1 manzana, jugo tropical, 2 galletas.

REFERENCIAS

- Alimentación saludable: Guía para familias.* (2007). España, Secretaria General Técnica del MEC.
- Herrero Lozano, R. & Fillat Ballesteros J. C. (2006). Estudio sobre el desayuno y el rendimiento escolar en un grupo de adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 21(3), 346-352.
- Jofré J., Jofré M., Arenas M., Azpiroz R. & de Bortoli M. (2007). Importancia del desayuno en el estado nutricional y el procesamiento de la información en escolares. *Univ. Psychol.* 6(2), 371-382. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760215>
- Muñoz Heras, A., Fernández Pedraza, N. & Navarro Patón, R. (2015). Estudio descriptivo sobre los hábitos saludables en alumnado de Primaria desde la educación física escolar. *Sportis*, 1(1), 87-104.

* Licenciada en Nutrición Ingrid Consuelo Silva Palma, comunicación personal.

Lecturas recomendadas:

- <http://eva.hn/salud/por-que-es-tan-importante-el-desayuno/>
- <http://www.abc.es/salud/noticias/20140216/abci-riesgos-saltarse-desayuno-201402141928.html>
- <http://obesidadinfantil.consumer.es/web/es/desayuno/1.php>



Lic. Maricruz Morales Salinas

4. Como, luego existo

CUATRO PILARES EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO: LA IMAGEN CORPORAL, SU PERCEPCIÓN

La alimentación es fuente de nutrición y vinculación social. Cada alimento es apreciado por sus consumidores de forma positiva o negativa de acuerdo con las condiciones sociales que la cultura conforma. El alimento también se extiende por su disposición nutricia como ricos o pobres. Por sus efectos, los consumidores estarán nutridos o desnutridos, y su forma física corporal externa como delgados, flacos, obesos, robustos o normales. En esta relación hay referencias acerca de que lo que se come hace a la persona o *somos lo que comemos*, como la del siglo XIX por Ludwig Feuerbach (1850) en su obra "La ciencia y la Revolución", quien señala:

...los resultados de la química moderna de la comida, sus componentes, sus texturas, efectos y cambios en nuestro cuerpo. Por lo que tiene realmente sólo un propósito gastronómico y objeto; y sin embargo es uno, y en el grado más alto, la cabeza y el corazón emocional... los "principios de la filosofía del futuro" real y el presente; que encontramos disuelto en sus problemas más difíciles de la filosofía. ¡Los que no se han roto la cabeza de otro modo los filósofos de la cuestión de la relación entre el cuerpo y el alma! Ahora sabemos por razones científicas, que difieren enormemente de la gente sabia por experiencia que comer y beber, el cuerpo y el alma...

La comida es más que la sustancia; la identidad del espíritu y de la naturaleza. Donde nada tiene de grasa, nada de carne; pero donde no hay grasa, no hay cerebro, ningún fantasma: y la grasa viene sólo de los alimentos. La comida es... el Todo Integral, la esencia de la naturaleza. Todo depende de la comida y de la bebida. La diversidad de la naturaleza es única en la diversidad de los alimentos... El ser es uno con la comida; Ser es comer; lo que está comiendo y ser comido. La comida es lo subjetivo, lo comido es el objetivo: forma de existencia que sufren; Ambos, sin embargo, son inseparables. Sólo en los alimentos, se integra el concepto de si se es igual o diferente, es decir, si la comida y el hambre son lo mismo... La comida es a la sangre, la sangre al corazón y al cerebro a los pensamientos y sentimientos del género. La comida humana es la base de la cultura humana y de la mente. ¿Quieres mejorar al pueblo? lo que da lugar a discursos y contra el pecado denle mejores comidas. El hombre es lo que come. Es el único que goza de dieta vegetal, así también está a una condición vegetal ¿No es de hecho la fuerza? La tarea del hombre es precisamente la razón por la sensación de descubrir, de plantear el tema de la sensación de un objeto de conocimiento. No con la oración, que se ejecutará con el conocimiento, es humano. Pero podemos escribir además del seguimiento de sus dietética y disección de comidas individuales, bebidas y especias: que el hombre es más que el libro, cada artista, cada artesano, cada maestro, cada padre, cada ama de casa, cada persona tienen las condiciones que se requieren para una vida saludable y adecuada en sus términos, alimento físico como espiritual.

Casi dos siglos después, Aranda Jiménez en 2008, describe en su obra *Somos lo que comemos. El significado social del consumo de alimentos y bebidas* el énfasis que tiene la imagen corporal con la alimentación:

"El consumo está íntimamente asociado a la imagen que cada uno tiene de sí mismo y la que proyecta a otras personas. Pero además, el consumo de alimentos y bebidas debe ser considerado como uno de los elementos fundamentales de cohesión dentro de una determinada comunidad. La comida constituye un medio universal para expresar sociabilidad y hospitalidad. Compartir alimentos es una forma de crear y mantener un sentido de comunión dentro de un determinado grupo social... la percepción de cohesión, de pertenencia a un determinado colectivo, de compartir determinados principios y formas de comprensión de lo general y de lo particular, de lo colectivo y de lo individual, de lo humano y de lo divino. Todo ello envuelto en muchas ocasiones en acontecimientos marcados por intensas experiencias personales y colectivas. Nacimientos, bodas, muertes, ritos de paso, festividades religiosas, cosechas, siembras, cambios de estaciones etc. son ocasiones en donde el consumo de alimentos

adquiere una importante carga emocional, contribuyendo gracias a su carácter cíclico a estructurar y definir el tiempo y la vida de personas y grupos sociales. La alimentación supone un medio privilegiado para manifestar y reproducir las formas de pensamiento, los sistemas de creencias y comprensión simbólica de la realidad. Categorías de alimentos como saludables y no saludables, ordinarios y festivos, buenos y malos, femeninos y masculinos, infantiles y adultos, sagrados y profanos, de señores y esclavos, puros e impuros, etc., son la base sobre la que se construyen las normas que definen nuestra relación con otras personas, con nosotros mismos o con el entorno social y medioambiental del que formamos parte” (pág. 12).

De lo social, histórico y filosófico, se pasa a la condición biológica la cual muestra al cuerpo humano con características distintivas de la delgadez y del sobrepeso, en cada género y edad cronológica. De aquí que el cuerpo humano sea objeto de inagotable admiración que siente, desea, expresa y se crea, al ser un organismo cuyas estructuras, funciones y facultades dan acceso al mundo; y se abre a la presencia corporal de sus entornos social, cultural y ambiental. Todo ello dando lugar a la imagen (corporal) que contiene forma por sus tipos somáticos y fondo por sus contenidos orgánicos y de significado. El cuerpo se vive y repercute en la consciencia.

Para Schilder (1989), la imagen corporal es una Gestalt (integración) en constante estado de transformación y reorganización en el proceso de interactuar con el ambiente. La interacción biológica, psicológica y social, en la imagen, el cuerpo percibido es referida culturalmente a valores de belleza y posición social dando lugar a una evaluación evolutiva (Bruchon- Schweitzer 1992). Factores psicológicos como la autoestima, el autoconcepto, la aceptación social y la combinación de tres elementos: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales (Valdés et al., 1998). A partir del aprendizaje durante el desarrollo, la imagen y de la noción del propio cuerpo, se van uniendo al irse formando progresivamente desde las primeras etapas de la vida y las interacciones sociales. La autopercepción de la imagen corporal es la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diferentes experiencias.(Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen que un individuo tiene de sí mismo, influye en su comportamiento y se relaciona directamente con su personalidad, cogniciones, conductas equilibrio emocional. Por lo que la imagen corporal es configuración cognoscitiva compleja y consciente de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora en relación de su propio cuerpo a lo largo de su vida y a través de diferentes experiencias: es una construcción social en la cual influyen aspectos biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales (Gómez- Pérez Mitré, 1998).

¿Dónde queda la obesidad?

En el contexto cultural. A comienzos del siglo XXI, la tendencia de la población femenina centra su atención en una cinta métrica, una báscula, la nutrición y el comer sano. Peso por aquí, peso por allá, daño por aquí, daño por allá, exigencias ambientales que presionan a los individuos en el logro de su condición física e imagen corporal como lo señalan Gómez-Pérezmitré, Saucedo y Unikel en 2000. Las consecuencias en salud se polarizan en extremos negativos: delgadez extrema y obesidad mórbida. La posibilidad de la insatisfacción corporal se incrementa ya que la percepción del tamaño y la forma corporal real, difieren con el tamaño y la forma ideal percibidos por el individuo. La insatisfacción refleja la discrepancia entre los atributos físicos autopercebidos y los estándares sociales que el sujeto ha ido interiorizando (Williamson et al., 1989).

Para finalizar se presentan las siguientes consideraciones:

La fusión inadecuada alimentación, insatisfacción de la imagen corporal y hábitos alimenticios occidentales da como resultado más individuos con obesidad y sobrepeso malnutridos y desnutridos.

La imagen corporal ideal centrada en una forma corporal más grande, voluminosa y muscular es para los hombres no para las mujeres.

Las personas con sobrepeso y obesidad las que mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal. La disminución de la actividad física en la vida cotidiana, lleva al aumento del sedentarismo y la obesidad.

La prevención de la obesidad estaría orientada a través de:

- La imagen corporal positiva previene la obesidad y el sobrepeso
- La disminución de la presión cultural de la delgadez fortalece a los individuos y a sus familias sobre su condición de peso y la imagen corporal
- La práctica de actividad física es esencial para la obtención de hábitos saludables y la consecuente imagen corporal: cuando se practica actividad física, se tiende a mejorar la satisfacción corporal.

Sugerencias

- * Aumente su autoestima
- * Disminuya la ingesta de sal
- * Consuma alimentos variados y frescos
- * Consuma azúcares no refinados con moderación
- * Realice una dieta abundante en vegetales y frutas
- * Aprenda a elegir la calidad de los alimentos que se ingiera
- * Logre una percepción positiva de tu imagen corporal
- * Limite el consumo de alimentos curados, horneados, fritos o ahumados
- * Seleccione una dieta baja en grasas saturadas y rica en ácidos grasos poliinsaturadas

Con este capítulo se concluyen los cuatro pilares en la prevención de la obesidad y el sobrepeso. Cuide su salud, prevenga riesgos.

REFERENCIAS

- ¿De dónde viene la frase "Somos lo que comemos"? <http://www.nutrigenomica.udl.cat/blog/de-donde-viene-la-frase.html>. 12/03/2012 07:58
- Aranda-Jiménez, G. (2008). Introducción: somos lo que comemos. El significado social del consumo de alimentos y bebidas. *CPAG 18*, 11-16.
- Bruchon-Schewitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona. Herder.
- Feuerbach, L. (1850/1971) *La ciencia y la Revolución*. Berlin, Werner Schuffenhauer, Ed Academia-Verlag. Ludwig Feuerbach, *Gesammelte Werke, Kleinere Schriften III*, Bd. 10, S. 347-368. (Ed. Helmut Walther, 15.06.2005). Disponible en http://www.ludwig-feuerbach.de/natur_rev.htm. Acceso 07-11-2014.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo-Molina, T.J., & Unikel- Santoncini, C. (2000). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La psicología social en el campo de la salud. En: Calleja N, y Gómez-Peresmitré G. (comp.) *Psicología social: Investigación y aplicaciones en México*. páginas. 267-315. México. Fondo de Cultura Económica.
- Gómez-Pérez mitré, G. (1998). Desordenes del comer: La imagen corporal en México. La psicología social en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 7, 287-282
- Paredes-López, O (2011) Nutrición, obesidad y envejecimiento La ciencia y los alimentos. *Revista De La Universidad De México*, NUEVA ÉPOCA, 83, 87-90. Disponible en <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/8311/paredes/83paredes.html>
- Schilder, P. (1989). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Argentina, Paidós.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Bennett, S.M., Goreczny, A.J., & Gleaves, D.H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Behavioral Assessment*. 11, 433 - 446.

5. Colaboraciones

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL ADULTO MAYOR

Actualmente vivimos en una sociedad en la cuál la esperanza de vida ha favorecido el incremento de la población mayor de 60 años la cuál está estimada en un total del 10% de la población total y se prevé que sea de un 22% para el año 2050. (Porrás Juárez, Grajales Alonso, Hernández Cruz & Alonso Castillo, 2010)

Este cambio en la pirámide poblacional ha traído consigo no sólo consecuencias para las esperanzas de vida en las personas, también ha traído cambios significativos en los tipos de patologías o estados en los que se necesita centrar la atención. Es bien sabido que las enfermedades más prevalentes de el siglo pasado eran las enfermedades agudas de tipo respiratorio y gastrointestinal, más sin embargo esto ha ido quedando atrás superado en la época actual por situaciones de tipo más crónico. Tal es el caso de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión, cáncer, osteoartritis, artritis reumatoide y, entre otras, la obesidad y el sedentarismo.

Actualmente los adultos mayores están sobrecargados de medicamentos para sus múltiples padecimientos y la forma de tipo curativa de la medicina deja por detrás a la de tipo preventiva. Una estrategia de tipo preventiva muy importante que repercute en la calidad de vida de los adultos mayores es la actividad física, la cuál trae excelentes beneficios para mejorar el estado de salud durante el proceso de envejecimiento, sin embargo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que sólo el 20% de los adultos mayores realiza actividades físicas. (Porrás Juárez, et al., 2010). El siguiente artículo habla de los beneficios que presentan a nivel fisiológico las personas mayores que practican actividad física.

ENVEJECIMIENTO

Se ha considerado que el envejecimiento es un proceso multifactorial, (biológico, psicológico y social), pero fundamentalmente biológico. La OMS en su documento "Hombres, envejecimiento y salud" considera esta diferencia. El envejecimiento como proceso (envejecimiento normal) representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. (Landinez Parra, Contreras Valencia & Castro Villamil, 2012)

La edad para definir envejecimiento para efectos de tipo estadístico es la de 60 años, pero para los efectos biológicos, comienza cuando existe la declinación de las actividades somáticas y mentales. A este respecto la OMS utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años. Otra definición podría ser que el envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable y tiene ciertas características: es universal, es progresivo, es irreversible, es individual, y es deletéreo (conlleva una pérdida progresiva de la capacidad funcional). (Landinez Parra, et al., 2012).

Cambios físicos en el envejecimiento

Las funciones fisiológicas declinan escalonadamente a un ritmo de 0.7 a 1% cada año. Este declinar se caracteriza por diversas manifestaciones, principalmente la disminución de la capacidad cardiaca, pulmonar, nerviosa, de la fuerza muscular, flexibilidad de los tejidos blandos, cambios en el metabolismo y la composición corporal (González Gallego, 1992). A continuación se describen algunos cambios de los aparatos y sistemas corporales dentro del proceso de envejecimiento:

Cardiovascular: La edad reduce la capacidad del corazón para bombear sangre debido a una pérdida gradual de su fuerza de contracción. También se presentan un descenso en la elasticidad del corazón y

grandes vasos sanguíneos y un estrechamiento de los mismos, lo cual a su vez también puede generar un aumento de la presión arterial (American College of Sports Medicine, 2007. Wojtek, et al. 2009. Guillén Llera, Pérez del Molino & Petidier Torregrossa, 2008. Rubens Rebelatto & Da Silva Morelli, 2005)

Pulmonar: La capacidad pulmonar comienza a deteriorarse a partir de los 30 y 60 años de edad con una marcada aceleración posterior a esta última. Esto será con mucha mayor velocidad si la persona es fumadora o está o estuvo crónicamente sometido a cantidades significativas de contaminantes atmosféricos. Existe una pérdida de la elasticidad pulmonar y se debilita la musculatura respiratoria. Esto como se verá más adelante tendrá repercusiones sobre las actividades físicas que pueda realizar una persona. (American College of Sports Medicine, 2007. Wojtek, et al. 2009. Guillén Llera, et al., 2008. Rubens Rebelatto & Da Silva Morelli, 2005)

Óseo-Articular: La pérdida de tejido óseo es un problema frecuente y serio en los adultos mayores, especialmente en las mujeres mayores. La mujer comienza a perder mineral óseo a partir de los 30 años de edad mientras que los hombres comienzan a perderlo a partir de los 50 años. Esta pérdida de hueso (llamada osteopenia) puede generar caídas y fracturas en los ancianos lo que conllevaría a mayor inmovilidad y menor actividad física. Las articulaciones a su vez también tienen cambios con la edad. Se vuelven menos estables y su movilidad junto con su elasticidad se reduce debido a una degradación de la fibras de colágeno que las compone (American College of Sports Medicine, 2007. Wojtek, et al. 2009. Guillén Llera, et al., 2008. Rubens Rebelatto & Da Silva Morelli, 2005).

Músculo-Esquelético: Con el envejecimiento se produce un deterioro marcado de la masa muscular el cuál es caracterizado por una disminución del número y tamaño de las fibras musculares. También el envejecimiento provoca una disminución de la velocidad del movimiento y una reducción de la fuerza contráctil (American College of Sports Medicine, 2007. Wojtek, et al. 2009. Guillén Llera, et al., 2008. Rubens Rebelatto & Da Silva Morelli, 2005).

Composición Corporal-Antropometría: Con la edad, el peso corporal aumenta. Esto comienza a partir de los 20 años y hasta los 60 años, en donde comienza nuevamente a declinar. El anciano tiene a perder como ya se ha visto, tejido magro (músculo) lo que lo lleva a perder peso. Esto también es debido a la pérdida de el agua corporal con el paso de los años. La estatura o talla también se ve afectada con la pérdida de 1 cm por década a partir de los 40-50 años de edad-. Esta es usualmente debida a una cifosis que provoca que los discos intervertebrales pierdan su grosor y por ende disminuya la estatura debido a una compresión de los mismos (American College of Sports Medicine, 2007. Wojtek, et al. 2009. Guillén Llera, et al., 2008. Rubens Rebelatto & Da Silva Morelli, 2005).

Neurológico: Normalmente al envejecer se observa una lentitud en ciertas funciones del sistema nervioso tanto central como periférico. Existen alteraciones tales como disminución del control motor, descenso de la percepción sensorial y el deterioro de la memoria (American College of Sports Medicine, 2007. Wojtek, et al. 2009. Guillén Llera, et al., 2008. Rubens Rebelatto & Da Silva Morelli, 2005).

Tegumentario: Al envejecer se pierden los recambios de las capas celulares que componen a la piel por lo que existirá una atrofia de la misma. Esto predispone en el caso de los pacientes que estén encamados por períodos prolongados las úlceras de decúbito, un tipo de úlceras que aparecen en las zonas de presión (talones, glúteos, codos, región sacra, etc.) en pacientes que por diversas etiologías no puede moverse y están acostados gran parte o todo el tiempo (American College of Sports Medicine, 2007. Wojtek, et al. 2009. Guillén Llera, et al., 2008. Rubens Rebelatto & Da Silva Morelli, 2005).

Como se puede considerar, los cambios que se presentan en cualquier envejecimiento son factores que pueden afectar la decisión en todos los adultos mayores sobre si hacer o no ejercicio. Sin embargo, la realización de actividad física conlleva mayor beneficio que riesgo (no como regla general cabe especificar) en todos los adultos mayores.

BENEFICIOS DEL EJERCICIO

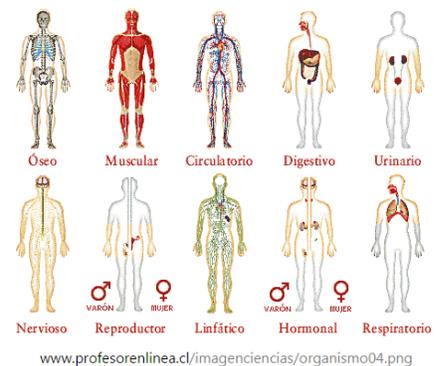
El ejercicio en los ancianos produce efectos fisiológicos benéficos sin importar la edad y el nivel de incapacidad. El ejercicio puede usarse para mejorar el estado de salud en los ancianos sanos, ancianos frágiles, en nonagenarios y en aquellos con múltiples enfermedades. (Ávila Funes & García Mayo, 2004)

Se ha sugerido que la introducción del ejercicio en individuos sedentarios puede enlentecer o incluso interrumpir algunos de los cambios asociados al envejecimiento. El ejercicio tiene grandes ventajas no sólo físicas, también psicológicas ya que mejora el estado de ánimo, mejora la memoria, reduce el estrés y la depresión. (Guillén Llera, Pérez del Molino & Petidier Torregrossa, 2008)

La actividad física en el adulto mayor tiene relevancia en los cambios que se dan en el proceso de envejecimiento. A continuación se enlistan los beneficios del ejercicio según las guías del Colegio Americano de Medicina del Deporte (Wojtek, et al. 2009. Nelson, et al., 2007. Vidarte Claros, Quintero Cruz & Herazo Beltrán 2012):

Cardiovascular

- Mejora el consumo máximo de oxígeno
- Disminuye la frecuencia cardiaca durante un período de ejercicio
- Disminuye la presión arterial
- Aumenta la vasodilatación periférica
- Reduce los factores de riesgo aterogénicos
- Aumenta la elasticidad de las arterias
- Mejora la contracción cardiaca



Composición Corporal

- Se puede perder un total de 0.4 a 3.2 kg de peso dependiendo de las sesiones de ejercicio físico
- Pérdida de grasa a nivel abdominal

Metabólicos

- Mejora la capacidad corporal para el control glucémico
- Disminuye el nivel de triglicéridos a nivel sanguíneo
- Incrementa la eficacia de los receptores de glucosa a nivel muscular y por ende disminuye la resistencia a la insulina
- Utilización de grasa de reserva como energía
- Puede incrementar el colesterol HDL (comúnmente considerado como el “colesterol bueno”)

Músculo-Esqueléticos

- Mejora la densidad ósea
- Incrementa la fuerza muscular
- Aumenta la resistencia muscular
- Provoca mayor masa muscular y por ende más masa libre de grasa
- Reduce el riesgo de fracturas debido a osteoporosis
- Mejora el movimiento articular

Tabla.1 Efecto del envejecimiento en la salud y de la actividad física sobre el envejecimiento. (Modificado de Guillén-Llera, Pérez del Molino & Petidier-Torregrossa, 2008)

Sistema	Efecto del Envejecimiento	Consecuencia sobre la Actividad Física
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> - Desciende el consumo máximo de oxígeno - Desciende la frecuencia cardiaca máxima - Arterias menos elásticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta el consumo máximo de oxígeno - Se mantiene la frecuencia cardiaca - Mayor capacidad para el esfuerzo
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Descienden los volúmenes pulmonares - Disminuye elasticidad pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoran los parámetros de función pulmonar
Nervioso	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la velocidad de transmisión neuronal 	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene la velocidad de transmisión neuronal
Conectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye flexibilidad - Atrofia de cartílago 	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementa la flexibilidad - El cartílago aumenta su grosor y mejora las articulaciones
Músculo-Esquelético	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la potencia y fuerza muscular - Disminuye el contenido de calcio en huesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora la masa muscular y su potencia - Aumenta el calcio y la resistencia ósea
Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> - Se deteriora la captación de la glucosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la resistencia a la insulina

¿Cómo indicar el ejercicio?

La OMS recomienda con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que los adultos mayores dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 o una combinación de estas, en sesiones de 10 minutos como mínimo (OMS, 2013)

Para los ancianos más reticentes a participar en actividades programadas es importante recordar que en la vida diaria se pueden realizar múltiples actividades de gran utilidad, como ir caminando de una estación a otra en el autobús, utilizar escaleras en lugar del ascensor o conseguir una pareja de baile (Guillén Llera, Pérez del Molino & Petidier Torregrossa, 2008).

Para la programación de la actividad física en ancianos es necesario seguir programas sistematizados mediante los cuales se trata de averiguar todo lo relacionado con cada persona para que esto le traiga beneficios. Por ello mismo se debe hacer un estudio completo en los rubros de motivación, experiencia deportiva previa, historia médica-psicológica y un estudio funcional detenido (González Gallego, 1992).

Una vez determinada la tolerancia del anciano para sufrir una sobrecarga física se debe establecer qué formas de esfuerzo son las más adecuadas. Existen 5 formas de esfuerzo motor: fuerza, velocidad, coordinación, flexibilidad y resistencia:

Fuerza: El esfuerzo muscular son desaconsejables en los ancianos pues la sobrecarga cardiaca y los aumentos de tensión arterial que se generan son excesivos.

Velocidad:

Se aplican consideraciones similares a las de ejercicios de fuerza, ya que en este caso no sólo hay sobrecarga excesiva del aparato cardiovascular si no también del aparato locomotor. También son desaconsejados en personas mayores.

Coordinación y flexibilidad:

Son aconsejados ya que mejorando la coordinación y la flexibilidad se puede conseguir un gran ahorro de oxígeno y prevenir numerosas lesiones.

Resistencia:

Forma de esfuerzo más importante para el anciano ya que son numerosos los efectos beneficiosos en la salud.

En todos los casos debe hacerse un calentamiento previo de unos 5 minutos de duración seguido de una tabla de ejercicios de movilización articular y entrenamiento de la fuerza por 10 minutos, para a continuación realizar actividad aerobia entre 5 y 10 minutos (González Gallego, 1992).

Contraindicaciones y Limitaciones de acuerdo con González-Gallego (1992):

Si bien la actividad física es recomendable para todos las personas mayores, se debe siempre tener en mente que existen ciertos padecimientos que pueden limitar o incluso contraindicar la actividad física.

A continuación se enlistarán algunas de las causas que son contraindicación del ejercicio o factores limitantes:

Contraindicaciones Absolutas

Presencia de tumoraciones malignas
 Insuficiencias descompensadas (renal, cardiaca, hepática o pulmonar)
 Enfermedades metabólicas no controladas (diabetes, hipotiroidismo)
 Estenosis coronaria o aórtica severas
 Infarto reciente
 Angina de pecho inestable
 Miocarditis
 Aneurisma aórtico
 Arritmias ventriculares no controladas
 Bloqueo aurículo-ventricular de 2º o 3er grado
 Embolias recientes
 Hipertensión orgánica
 Enfermedades que producen vértigo

Contraindicaciones relativas

Enfermedades vasculares compensadas
 Bloqueo de rama izquierda
 Existencia de marcapasos
 Trastornos electrolíticos
 Isquemia cerebral transitoria reciente
 Obesidad desmedida
 Antecedente de traumatismo craneoencefálico

Limitaciones

Enfermos que sufrieron cirugía cardiaca
 Disminución de la visión
 Organomegalias
 Alteraciones músculo-esqueléticas

Así que si bien existen contraindicaciones y limitaciones, son pocas, dando por hecho que la mayoría de las personas mayores deben realizar actividad física habitual para un mejor proceso de envejecimiento, más saludable y con mejoría de las comorbilidades propias de la edad. "Levántense y anden".

REFERENCIAS

- Alianza por una Vida Saludable*, (2007). Ejercicio, el comienzo de una vida saludable. Serie Alianza por una Vida Saludable, 1-13. Recuperado de <http://www.avv.org.mx/docs/Ejercicio.pdf>
- American College of Sports Medicine*. (2007). Exercise and the Older Adult. Comentario de Actualización. Recuperado en <http://www.acsm.org/access-public-information/position-stands>
- Ávila Funes, J. & García Mayo, E. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gac Méd Méx*, 140 (4), 431-436. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000400013
- González Gallego J. (1992). *Fisiología de la actividad física y del deporte*. Madrid España: Interamericana-Mc Graw Hill
- Guillén Llera F. Pérez del Molino M. Petidier Torregrossa R. (2008). *Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Landinez Parra, N., Contreras Valencia, K. & Castro Villamil, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N. Et al. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1094-1105. Recuperado de http://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1361&context=sph_epidemiology_biostatistics_facpub
- Organización Mundial de la Salud* (2013). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, La actividad física en los adultos mayores, Niveles recomendados de actividad física para la salud de 65 años en adelante. Monografía en Internet. Disponible en http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
- Página oficial de INEGI. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/>
- Porras Juárez, C., Grajales Alonso, I., Hernández Cruz, M., Et al. (2010) Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48 (2), 127-132. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102c.pdf>
- Rubens Rebelatto J. & Da Silva Morelli J. (2005). *Fisioterapia Geriátrica, Práctica asistencial en el anciano*. España: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Vidarte Claros, J., Quintero Cruz, M. & Herazo Beltrán, Y. (2012). Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17 (2), 79-90. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17%282%29_6.pdf
- Wojtek, J., Proctor, N., Fiatarone Singh, et al. (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 1510-1530. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19516148>.

Lic. Guadalupe Gabriela Jiménez Batres y M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo

6. Próximas reuniones científica



NORMAS DE PUBLICACIÓN DE PSIC-OBESIDAD

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

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

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

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

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

Formatos:

- a) Los artículos deben presentarse en procesador de textos Word, en fuente tipo Times New Roman y a 12 puntos de tamaño, a doble espacio y con 3x3 cm de márgenes, con alineación a la izquierda.
- b) Título del artículo: máximo 15 palabras en idiomas español e inglés.
- c) Nombre (s) de (los) autor(es), filiación institucional, correo electrónico
- d) Resumen en español y en inglés, máximo 300 palabras.
- e) Cinco palabras clave.
- f) Máximo de 10 páginas, incluyendo gráficas, tablas y bibliografía. Los márgenes izquierdo y derecho medirán dos centímetros y medio.
- g) Los trabajos de investigación incluyen: introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas.
- h) Los trabajos de ensayo, reseña bibliográfica comentada o revisiones incluyen: título, subtítulos y apartados, dependiendo del contenido y referencias bibliográficas.
- i) Si el autor incluye en su trabajo figuras pertenecientes a otros, deberá adjuntar los comprobantes de los permisos para su presentación.
- j) información de otros autores deberá ser citada y la información de la fuente incluirla en las referencias.

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

ARBITRAJE

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

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

El resultado del proceso de evaluación podrá ser:

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

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

