



Psic-Obesidad

ISSN: 2007-5502



Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual

Volumen 3, Número 10

Abril - Junio de 2013

N.R. 04-2010-100813543100-203

www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

CONTENIDO:

Editorial	1
1. Trabajos de difusión en investigación <i>Obesidad y Adolescencia, Enfoque Cognitivo</i>	4
2. F54 Factores psicológicos ... [316] <i>Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]: y Factores ambientales y psicológicos de la Obesidad</i>	9
3. Acérquese... ricos tamales <i>Tradiciones Mexicanas: El Día de las Madres</i>	13
4. Como, luego existo <i>Recomendaciones en Actividad Física</i>	15
5. Colaboraciones <i>No Existen Discapacitados</i>	17
6. Próximas reuniones científicas	20

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
Director

DR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD
Secretario General

DR. OMAR VIVEROS TALAVERA
Jefe de División de Ciencias del Comportamiento

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
Jefa de Carrera de Psicología

MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS
Coordinador área de Psicología Clínica

LIC. ANA ROSA RANGEL ROJAS
MARICRUZ MORALES SALINAS
Equipo de colaboradores

Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

Correo electrónico:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

DIRECTORIO BOLETÍN 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. ALBERTO MONROY ROMERO
DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES
M.C. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO
Consejo Editorial

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

MARCO EDUARDO MURUETA REYES
MARICRUZ MORALES SALINAS
AZUCENA BARRERA GARCÍA

Editorial

De reciente aparición, la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, por el Instituto Nacional de Salud Pública, México, muestra las prevalencias de diversas condiciones de salud y nutrición en la población mexicana. Su diseño abarca desde preescolares hasta adultos. Para las personas adultas, emplearon la descrita por Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) (OMS, 1995) para categorizar el índice de masa corporal (IMC): desnutrición (<18.5 kg/m²); normal (18.5 a 24.9 kg/m²); sobrepeso (25.0-29.9 kg/m²) y obesidad (≥ 30.0 kg/m²). Tipos de obesidad: obesidad I (30.0 a 34.9 kg/m²), obesidad II (35.0-39.9 kg/m²) y obesidad III o mórbida (≥ 40.0 kg/m²).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud en México, señalan la mayor prevalencia de sobrepeso: a) en adultos en mujeres con el 73% que en hombres con el 69.4%; b) en adolescentes mujeres el 34.1%, en adolescentes varones. En los niños la prevalencia es inversa: el 36.9% en niños y las niñas el 32%. A lo largo de dos décadas de estudio, de 1988 a 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue en aumento en mujeres adultas y en adolescentes; en niños en edad escolar, en 2006 y 2012 se redujo un 0.03 por ciento, manteniendo el 32 %. La proporción de la población es que de 7 de cada 10 adultos (más de 49 millones) y 1 de cada tres menores de edad, de 5 a 19 años (alrededor de 12 millones) presentan sobrepeso u obesidad. Si bien se dice que en

Psic-Obesidad, Año 3, No. 10, abril - junio de 2013, periodicidad trimestral, editada por la Universidad Nacional Autónoma de México con domicilio en Ciudad Universitaria, c.p. 04510, Delegación Coyoacán, México D.F., por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, domicilio Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, México, D.F., Tel: 56230612, Correo electrónico: boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx, Editor responsable: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING, Reserva de Derechos al uso exclusivo No. 04-2010-100813543100-203, ISSN: 2007-5502, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Mtro. Mario Israel Prado Jiménez del Departamento de Comunicación y Difusión Académica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, fecha de la última modificación el día 28 de marzo de 2013. El presente boletín es elaborado sin fines comerciales para favorecer la difusión de la información contenida. Son señaladas las referencias de los documentos contenidos en direcciones web que fueron publicados electrónicamente. Los documentos literarios y gráficos incluidos han sido compilados desde sitios web de acceso público en los que no se hace mención a la necesidad de una autorización previa para su divulgación. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores. Todos los derechos están reservados. Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del material publicado, sin contar previamente con la autorización por escrito de la Editora, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor, y en su caso de los tratados internacionales aplicables.

materia de obesidad y sobrepeso "... hemos mejorado. Para 2012 la velocidad de crecimiento de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad tiene un punto de inflexión y disminuye. (ENSANUT, 2012:14). El cambio se encuentra en el ritmo de crecimiento: de franco y rápido, a paulatino en la Encuesta de 2012.

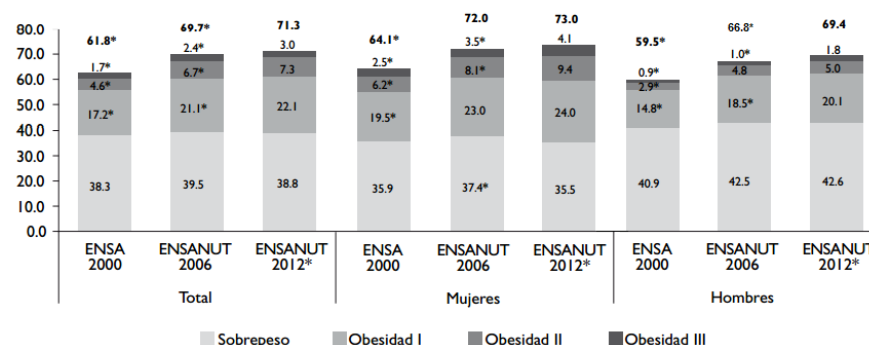
Una unidad de IMC, de entre 200 y 2006, y de 2006 a 2012, 0.3 unidades de IMC. Resultado total, 1.3 unidades de IMC (Barquera et al., 2013).

En ambos sexos el incremento fue significativo:

Mujeres:	Hombres
ENSA 2000: 27.4 kg/m ² , IC95%=27.3, 27.6,	ENSA 2000: 26.4 kg/m ² , IC95%=26.3, 26.6,
ENSANUT 2006: 28.4 kg/m ² , IC95%=28.3, 28.5,	ENSANUT 2006: 27.1 kg/m ² , IC95%=27.0, 27.3,
ENSANUT 2012: 28.8 kg/m ² , IC95%=28.7, 28.9.	ENSANUT 2012: 27.6 kg/m ² , IC95%=27.5, 27.7).

Las diferencias significativas de mujeres y hombres en relación con la encuesta de 2012, comparándola con las encuestas de 2000 y 2006 se muestran a continuación:

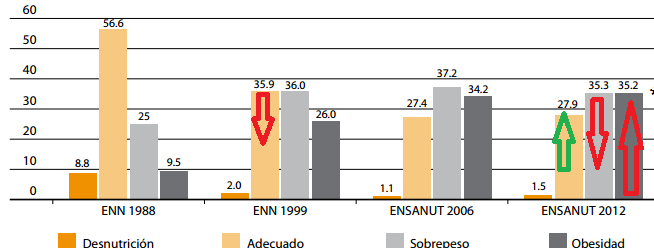
Gráfica 1. Prevalencias de sobrepeso y obesidad en mujeres y hombres mexicanos, mayores de 20 años de edad en las encuestas de nutrición 2000, 2006 y 2012. Fuente: Barquera et al., 2013. Pág. S158.



* Diferencias estadísticamente significativas en relación con la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT 2012), usando como punto de comparación la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006).

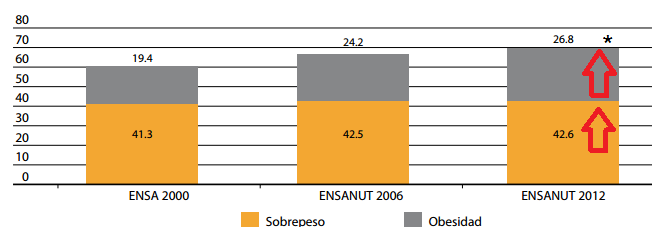
Las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos y de mayor frecuencia a nivel mundial. Por señalar: de 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó 10 por ciento (del 25 al 35.3%), la obesidad en 25.7 por ciento (de 9.5 a 35.2%). Las causas se encuentran en los factores de riesgo asociados y entre sus dimensiones, entre las que se encuentran la biológica, social, psicológica, cultural, económica y política.

Gráfica 2: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 49 años de edad. Fuente: ENSANUT, 2012, Figura 10.5: 184



* Las flechas son señalizaciones de la Editora de Psic-Obesidad

Gráfica 3: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres mayores de 20 años de edad. Fuente: ENSANUT, 2012, Figura 10.6: 185



La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) señala el incremento de las tasas de obesidad en todos los países de la OCDE en las últimas décadas: "... aunque cabe señalar diferencias notables entre los diferentes países. En México, la tasa de obesidad en la población adulta – basada en medidas reales de tamaño y peso – era de 32.4% en el 2006 (en comparación con una tasa de 24% en el 2000). La cual representa la segunda tasa más alta de los países de la OCDE, después de los Estados Unidos (36.5% en el 2010). Está demostrado que la obesidad es un factor agravante para varios problemas de salud, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, y presagia gastos de salud más elevados en el futuro" (OCDE, 2013: 2).

Propuestas de acción sobre la Obesidad y el Sobrepeso

La OMS presentó un plan de acción de 2008 a 2013 como estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, con el objetivo de ayudar a millones de personas afectadas por estas enfermedades, a enfrentarlas y a prevenir las complicaciones secundarias. El Plan de acción se basa en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, y proporciona ruta crítica para establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento, de dichas enfermedades (WHO; 2012).



Dra. Maureen Birmingham Representante de la OPS/OMS en México y Dr. José Narro Robles, Rector de nuestra máxima casa de estudios, la UNAM

A comienzos de 2013 se presenta el libro *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado**, donde se plantean cerca de 80 acciones para afrontar la obesidad (y al sobrepeso), propuestas por especialistas. Con todo ello, resalta el abordaje multidisciplinario de la Obesidad con el objetivo de invertir su tendencia del alza a la baja, así como recuperar la cultura alimentaria saludable y las conductas dinámicas, donde el individuo tiene la posibilidad de crear ambientes saludables.

*Publicada por la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial de la UNAM, en conjunto con la Coordinación de Humanidades, las Academias: Nacional de Medicina, Mexicana de Cirugía, Mexicana de Pediatría y el Instituto Nacional de Salud Pública. Prólogo del Dr. José Narro Robles, Rector de la UNAM.

Referencias

- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías, A. & Rivera-Dommarco, J.A. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Publica Mex.*, 55(supl 2), S151-S160.
- El INSP Presenta el libro: *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México D.F., a 30 de Enero de 2013. Organización Panamericana de Salud. http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=558&catid=827:noticias
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olaíz, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., & Hernández M. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2013-in-Spanish.pdf>
- Rivera-Dommarco, J., Shamah T., Villalpando-Hernández, S., González De Cossío, T., Hernández, B. & Sepúlveda, J. (2001). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999*. Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, SSA, INEGI.
- Sepúlveda-Amor, J., Angel Lezana, M., Tapia-Conyer, R., Luis Valdespino, J., Madrigal, H., & Kumate J., (1990). Nutritional status of pre-school children and women in Mexico: results of a probabilistic national survey. *Gaceta Medica de México*, 126 (3), 207-24.
- WHO. World Health Organization. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. WHO Technical Report Series 854. Geneva. World Health Organization.
- WHO. World Health Organization. (2012). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N°311, Geneva. World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.

1. Trabajos de difusión en investigación

OBESIDAD Y ADOLESCENCIA, ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

La obesidad ha sido un tema muy discutido a lo largo del nuevo siglo XXI, pues no está para más ver como las estadísticas de incidencia han aumentado considerablemente (Solís, 2007); como enfermedad, su principal característica es el aumento notable de tejido adiposo en el cuerpo, especialmente en abdomen y cadera, llamado androide y ginecoide, respectivamente. Siendo multifactorial, entre ellos están los factores genético, biológico de la evolución humana, el social, el cultural, el familiar y el psicológico; aún se desconoce con exactitud el factor causante y su tratamiento efectivo para erradicarla. Esta enfermedad es crónica, y se considera una de las principales causas de mortalidad en México, ubicándose en el primer lugar a nivel en obesidad infantil, y la segunda en obesidad en adultos.

La obesidad recae directamente en forma de enfermedades metabólicas, enfermedades digestivas, pero principalmente, en enfermedades cardiovasculares. Estas complicaciones pueden causar la muerte si no se controla su origen médico principal, a saber, la obesidad misma. En cuanto al factor psicológico, la principal alternativa viene a través de la psicoterapia con perspectiva cognitivo-conductual. Con esta alternativa, se pretende dar tratamiento modificando los hábitos y conductas alimenticias erróneas; por otra parte, se intenta enseñarles a los pacientes la asertividad y control de sus sentimientos, emociones e impulsos asociados directamente en el consumo de alimentos sin tener hambre.

Adolescencia

El término adolescencia (Meléndez, 2006) proviene del verbo latino “adoleceré”, que significa “madurar”, “crecer” o “llegar a la maduración”. La adolescencia es definida dentro del marco cultural, ya que durante este periodo, el individuo aprende habilidades necesarias para fortalecer su siguiente etapa, la adultez. También en esta etapa se dan importantes cambios físicos, intelectuales, emocionales, con repercusiones en los ámbitos social y familiar.

La adolescencia (Moran, 2000) es un periodo de crecimiento y desarrollo físico y mental, es la transición de la infancia a la vida adulta y comprende el rango entre los 10 a los 19 años de edad. Moreno, Monereo & Álvarez (2004) explican que la adolescencia “es una etapa de grandes cambios sociales, psicológicos y físicos. Durante el periodo “del estirón”, la masa corporal prácticamente se duplica. En las mujeres son más precoces estos cambios y se acumula la grasa, sobre todo, en las caderas. En los varones aumentan sobre todo los tejidos no grasos, el esqueleto y el músculo”. (Pág. 129). Por otra parte, se puede afirmar (Saucedo-Molina, Ocampo, Mancilla & Gómez, 2001), que esta etapa del ser humano es un proceso activo y dinámico, donde ocurren cambios en la estructura corporal, debidos al crecimiento y el desarrollo, que se manifiestan en el tamaño del cuerpo, y en su capacidad funcional. Uno de los grandes estímulos del ambiente que pueden influir en los grandes cambios que experimenta el organismo en esta etapa es la actividad física sistematizada. Los sujetos más activos generalmente tienen menos grasa y mayor desarrollo muscular que los sedentarios.

Desarrollo de la obesidad en la adolescencia

La obesidad (Solís, 2007) es una enfermedad patológica, crónica y recidivante que se caracteriza por una proporción excesiva de grasa corporal y se relaciona con importantes riesgos para la salud. La importancia de la obesidad radica en su elevada prevalencia y en ser por sí misma una alteración metabólica y crónica de otros trastornos metabólicos. En general, la obesidad se refiere a una masa excesiva de grasa corporal que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta en un periodo prolongado, lo que ocasiona un aumento del peso corporal. Para González (2003) “El término

adolescencia se refiere a los cambios fisiológicos y psicosociales que acompañan a la pubertad. En este sentido, la obesidad del adolescente, por el peculiar comportamiento, la alteración fisiológica y la distorsión del fenotipo, tiene una alta incidencia en nuestra población". (Pág. 177). El periodo evolutivo de la adolescencia (Saldaña & Rossell, 1988) se caracteriza por un incremento en la velocidad de desarrollo y un aumento de 15 a 20 centímetros de talla y de 14 a 18 kilos de peso en los chicos, mientras que estas cifras son menores en las mujeres. Las necesidades de sustancias nutritivas aumentan durante este periodo evolutivo, pero su abuso sólo puede favorecer el establecimiento de la obesidad.

La adolescencia (González, 2003) es una etapa crítica para el desarrollo de la obesidad. La pubertad se caracteriza por un aumento en el tamaño y número total de adipocitos en ambos sexos, aunque hay diferencias considerables de género en la distribución del tejido graso subcutáneo, con preponderancia de tejido graso en la parte superior en el cuerpo de los varones y en la parte inferior en el caso de las mujeres, estos efectos se les atribuye a las hormonas sexuales propias de este periodo de vida. En términos de porcentaje de grasa, los varones alcanzan los valores pico en la adolescencia temprana, con disminución posterior, mientras que en las mujeres se observa que, después de la disminución inicial, hay un incremento continuo hasta los 18 años. El factor psicosocial (Moreno et al, 2004) y el aumento de riesgo de acabar siendo un adulto con dicha problemática constituyen las consecuencias fundamentales de la obesidad en esta etapa de la vida. Hoy día (Tomás & Bassas, 2001), se puede observar una tendencia elevada de personas que padecen obesidad en todo el mundo, pero principalmente en Occidente. El número de casos de duplicado en los últimos 15 años, siendo la prevalencia en la edad puberal.

Causas de la obesidad en el adolescente

Hay dos causas principales de obesidad en los adolescentes (Martínez, 2006), la primera es la mala alimentación, prevaleciendo el consumo de comida "chatarra", y la segunda es la inactividad física o sedentarismo, características muy visibles en el actual estilo de vida "modernizado". En cuanto al factor alimenticio (Moran, 2000), se dice que cuando la ingesta de energía supera al gasto, el exceso de calorías deposita en el tejido adiposo y, si este balance positivo se mantiene, se produce la obesidad. Por lo tanto, cualquier anomalía en el equilibrio de ingesta y gasto calórico, puede producir obesidad.

Por otro lado, en el rubro del ejercicio físico; se dice que los adolescentes son más activos que los adultos, sin embargo, la vida moderna trajo consigo una disminución considerable de las actividades físicas voluntarias e involuntarias. Por lo tanto, se puede concluir que la asociación entre la ingesta de energía excesiva y la inactividad física y recreacional favorece el almacenamiento progresivo de masa corporal, en otros términos, obesidad. Algunos grupos vulnerables de padecer sobrepeso y obesidad (Martínez, 2006) son: adolescentes con trastornos de alimentación; genéticamente susceptibles de ser obesos en edades pediátricas; alimentación "normal" en discapacitados físicos, mentales o con ambas enfermedades (bajo gasto calórico); personas "normales" con una alimentación "anormal"; personas que tuvieron cambios en su estilo de vida; descendientes de familiares con síndrome de resistencia a la insulina; niños que padecieron de bajo peso en su edad gestacional o fueron prematuros de nacimiento; y por último, niños menores de tres meses ablactados y que reciben sustitutos lácteos con fórmulas hipercalóricas inadecuadas para su edad.

Como bien se sabe (Moreno et al, 2004), la obesidad es una enfermedad multifactorial de patogenia muy compleja, resultado, en parte, de la interacción de factores genéticos y ambientales:

Factores genéticos:

Se han asociado a la obesidad mutaciones o polimorfismos de diversos genes que intervienen en la regulación del apetito y del peso. En las familias son de uno de los progenitores es obeso, el riesgo de que los hijos sean obesos es del 40% y, si ambos progenitoras lo son, aumenta un 80%.

Factores ambientales:

Sedentarismo: este estilo de vida actual favorece la obesidad. pues en la adolescencia, el tiempo libre lo ocupan frente al televisor, la computadora o los videojuegos y relegan el ejercicio físico a un segundo plano o ni siquiera lo contemplan como algo agradable.

Hábitos alimentarios: Para Solís (2007):

“... se vinculan directamente con la cultura y con el entorno familiar, ya que es en este pequeño núcleo donde la cultura se concretiza y, por ende, donde la gente aprende a consumir los alimentos y la preferencia por determinados sabores” (Pág. 63).

Estos hábitos se ven perjudicados directamente por el nuevo ritmo de vida caótico que se vive en las zonas urbanas. Donde se prefiere la llamada “comida rápida” y todos los alimentos industrializados ricos en grasas, en calorías y en carbohidratos; en vez de alimentos caseros saludables, como frutas y verduras.

Factores conductuales:

Las principales conductas alimentarias erróneas o de riesgo en la obesidad (Gama, 1999) son: La práctica de dietas inadecuadas y sin la supervisión de un nutriólogo, sin duda, este el indicador primordial de los factores de riesgo; el consumo de comidas copiosas (comer frecuentemente lo mismo); la ingesta excesiva de hidratos de carbono o de grasas; el comer desordenadamente y a cualquier hora del día; el comer viendo la televisión, leyendo y de manera rápida; el saltarse alguna o algunas comidas durante el día; y por último, el comer con “hambre emocional” o como respuesta al estrés psicológico.

Consecuencias de salud en el adolescente obeso

Para empezar (Tomás & Bassas, 2001), es necesario recordar que aquellas épocas, donde tener cuerpos redondos y robustos, ya quedaron en el pasado, donde tener estos cuerpos representaban características positivas como la belleza, el poder, la salud y un alto status socioeconómico.

Hoy día resulta todo lo contrario a esto. A través de los medios de la comunicación nos bombardean ideas con mensajes del estilo de que sólo se puede ser atractivo, sano y con éxito personal, social y profesional si estamos delgados. Paradójicamente, esta nueva moda de la “delgadez” ha devenido en un incremento de casos de obesidad. Sin embargo, hay otros dos factores, aparte del social, que están contribuyendo a este alarmante aumento; y son los factores culturales y psicológicos. Estas variables psicológicas, culturales y ambientales relacionadas con la obesidad, están unidas con factores de origen, o de etiopatogenia; o como complicaciones derivadas de la enfermedad.

Las repercusiones negativas que la obesidad tiene en la adolescencia sobre la esfera psicológica, social, familiar y económica son incluso mayores que en otras enfermedades crónicas. Los adolescentes obesos muestran un funcionamiento deficitario en las distintas áreas anteriormente mencionadas:

En el ámbito social: Rasgos de inmadurez y de dependencia que dan lugar a una pobre autonomía y socialización insatisfactoria, con poca proyección en el grupo de iguales.

En el ámbito psicológico: presencia de psicopatología en todas las áreas analizadas; los adolescentes muestran sentimientos de insatisfacción y aparente indiferencia hacia la autoimagen corporal, poniéndose de manifiesto signos de inseguridad, ansiedad, enojo, tristeza, preocupación y descontento con su apariencia física y peso corporal; las mujeres muestran mayor insatisfacción

corporal que los varones, los niveles de insatisfacción aumentan mayor insatisfacción corporal que los varones; los niveles de insatisfacción aumentan a medida que el índice de masa corporal se va incrementando, adolescentes caracterizados por una autovaloración negativa, con pobre autoestima, que es más intensa entre las mujeres y por último, la conducta alimentaria se caracteriza por ser desorganizada, con ansiedad y avidez, hábitos de picar entre comidas y episodios de atracones. Algunas consecuencias de la obesidad en la autoestima de los adolescentes (Martínez, 2006) engloban un significativo incremento de tristeza, soledad y nerviosismo.

En el ámbito familiar: los padres perciben niveles de conflictividad en las conductas de sus hijos, poniendo de relieve que son adolescentes con problemáticas conductuales.

Hay una mayor conflictividad en la adolescencia, entre los 12 y 16 años de edad. También se encuentra una mayor tendencia a la sintomatología ansioso-depresiva, con evidente insatisfacción corporal y tendencia a una baja autoestima, que manifiestan descontrol alimentario y problemática conductual. Estas personas tienden a manifestar rasgos específicos que los colocan en situación de presentar una salud mental pobre o deteriorada, la cual se encuentra relacionada con la presencia de alteraciones en la autoestima y de las relaciones sociales que mantienen. También cabe esperar trastornos adaptativos a situaciones estresantes derivadas de su situación personal. Asimismo es de esperar, que gran número de obesos sufran el impacto de la cultura estética imperante y esto les precipite hacia situaciones de aislamiento social, auto penalizaciones por su peso corporal excesivo y déficit en sus relaciones interpersonales. Por otra parte (González Barranco, 2003), las consecuencias físicas de la obesidad en el adolescente son tasas probabilísticas más altas de infarto al miocardio, accidentes cerebro-vasculares, resistencia a la insulina y dislipidemias, que pueden tener un carácter aditivo según el grado de obesidad y, por lo tanto, incrementan el riesgo de mortalidad temprana en la vida adulta.

Diversos estudios han tratado demostrar (Gama, 1999) la relación entre estados emocionales como el estrés y la ansiedad con la sobre ingesta. Una explicación es la hipótesis psicósomática de Kaplan & Kaplan (en Gama, 1999) quien propone que la sobre ingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Sin embargo, McKenna (en Gama, 1999) encontró en varios sujetos que comieron un poco más en un estado de activación emocional que en un estado de calma, y que dicha sobre ingesta no produjo una reducción en la alteración emocional.

Diagnóstico

El método más común para diagnosticar la obesidad en los adolescentes (González, 2003) es el índice de masa corporal o de Quetelet, este es un índice adecuado de corpulencia y se ha validado ampliamente para la evaluación de la obesidad en general.

Moreno et al, (2004) señalan que un incremento anual del IMC superior a 3-4 unidades ya se considera una situación de riesgo para desarrollar sobrepeso y obesidad:

Se suma una mayor preocupación por el peso, insatisfacción, depresión, alteraciones de la imagen corporal y otras manifestaciones psicológicas, junto con el fracaso escolar y el rechazo social que puede conllevar la obesidad en estas edades. Por todo ello, la obesidad infantil y la juvenil no son únicamente un problema sanitario por la morbilidad que supone, sino también una enfermedad social que afecta a la calidad de vida de los pacientes y de sus familias (Cañete & Gil, 2007).

Las medidas antropométricas, como los índices de obesidad, se utilizan de manera frecuente como diagnóstico para la obesidad en adolescentes. La circunferencia del brazo y del muslo es útil como valor representativo de masa muscular. Sin embargo, debido a que no distingue el tejido adiposo del óseo, es necesario compararla con los valores de tablas específicas para edad y sexo. También se ha referido la medición de cintura y cadera para documentar la grasa intra-abdominal. En algunos casos se ha comparado esta medida antropométrica con imágenes de resonancia magnética en niñas púberes, y se

ha concluido que estas medidas no pueden utilizarse en adolescentes para predecir la cantidad de grasa intra-abdominal (González Barranco, 2003).

Tratamiento.

En general, los métodos de tratamiento (Martínez, 2006) para la obesidad tradicionalmente aceptados en consensos nacionales e internacionales prescriben dietas, ejercicios y cambios en el estilo de vida.

El objetivo principal (Moreno et al, 2004) es enseñar al adolescente un estilo de vida saludable que le permita lograr un peso adecuado para la talla, al mismo tiempo que mantener un crecimiento y desarrollo normales. A diferencia de los adultos, el adolescente deja de ser obeso manteniendo su peso a medida que crece y en muchos casos no necesita perderlo.

Es fundamental explicar al adolescente y su familia las causas y complicaciones de la obesidad, porque en esta base radica una mayor adherencia al tratamiento. El tratamiento será planificado conjuntamente entre el médico y el paciente y comprenderá en un plan nutricional, de actividad física, de psicoterapia cognitivo-conductual. En cuanto al tratamiento, González Barranco (2003), refiere que el éxito en los adolescentes se debe cuando éste baja de manera segura 500 gramos a la semana y reforzando las nuevas conductas positivas adquiridas durante todo el proceso terapéutico, siempre y cuando se cuide de no favorecer los trastornos alimentarios frecuentes a esta edad.

Para concluir, es necesaria la atención psicológica dirigida a las cogniciones, conducta y emociones; pues las manifestaciones psicológicas negativas en los adolescentes obesos pueden agravar la obesidad e interferir en el tratamiento sintomático que llevan a cabo.

Referencias

- Cañete Estrada, R. & Gil Campos, M. (2007). Obesidad. *Pediatr Integral*, XI (6), 531-543
- Gama, A. E. (1999). *Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: relación entre obesidad y las variables auto atribución, conductas alimentarias e imagen corporal*. Tesis de Licenciatura. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- González Barranco, J. (2003). *Obesidad*. México. Mc Graw-Hill.
- Martínez, Z.J. (2006). *Asociación entre sobrepeso y autoestima en adolescentes*, Trabajo de Diploma en Especialidad, México, División de Estudios de Posgrado e Investigación. México. UNAM.
- Meléndez, S. V. (2006). *Imagen corporal y su relación con autoestima y conducta alimentaria de riesgo en hombres adolescentes*. Tesis de Licenciatura, México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Morán, L. F. (2000). *Factores de riesgo en pacientes con obesidad del servicio de medicina del adolescente del hospital infantil de México "Federico Gómez"*, Tesis de Licenciatura. México, Facultad de Medicina, UNAM.
- Moreno, B., Monereo S. & Álvarez J. (2004). *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid. Médica Panamericana.
- Pérez, A., M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. España. Universitas.
- Saldaña, C. & Rossell R. (1988). *Obesidad*. España. Martínez Roca.
- Saucedo-Molina, T., Ocampo, M., Mancilla, J. & Gómez, G. (2001). Índice de masa corporal en preadolescentes y adolescentes mexicanas. *Acta Pediátrica Mexicana*, 22(3), 184-190.
- Solís, F. A. (2007). *Obesidad. Construcción social de un cuerpo*. México. Ediciones CEAPAC.
- Tomás, J. & Bassas, N. (2001). *Psicosomática, bulimia, obesidad, y otros trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia*. Barcelona. Laertes.
- Vázquez, E. F. & Ruiz, F. L. (2000). *Aspectos psicológicos de la paciente obesa*. En Temas de Medicina Interna. México. McGraw-Hill.

2. F54 Factores psicológicos... [316]

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]: y Factores ambientales y psicológicos de la Obesidad

...Cuando no quieres comer, te entra muchas ganas de comer.
Cuando reprimes algo, creas un problema.
Si dices no a la mente, se resiste y se revela...
OSHO, 2008.

Para la clasificación de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), la obesidad es una enfermedad médica y sus componentes psicológicos son “factores asociados”. Desde el punto de vista social, la Obesidad es la expresión corporal de salud y belleza. Fue sinónimo de riqueza, poder, bien alimentado, presencia de buena nutrición, fertilidad y protección. También es sinónimo de factor de riesgo psicobiológico, enfermedad crónico-degenerativa, baja calidad de vida, estilo de vida y conducta alimentaria mal adaptativos, creencias inadecuadas, emociones negativas y rechazo social. La Obesidad es la expresión corporal de un desajuste entre un menor gasto energético (debido a la inactividad), y un elevado consumo energético (expresado en calorías provenientes del azúcar, féculas o grasas) (OPS, 2003). El enfoque médico enfatiza que el incremento de la actividad física y la reducción en el consumo de alimentos con alto contenido calórico invierten el aumento de peso nocivo.

Bruch (1973) refiere condicionantes psicógenos de la obesidad en dos tipos:

- a) Del desarrollo: La persona no diferencia entre el hambre y los estresantes emocionales.
- b) Reactiva: Se presenta normalmente en la edad adulta, como reacción a situaciones traumáticas o tensas, intentando reducir la ansiedad y estabilizar la función emocional.

Entre otros factores ambientales y psicológicos, relacionados con la obesidad se encuentra el vínculo parental disfuncional que se traduce en inadecuada o excesiva alimentación. La movilidad restringida, el bajo esfuerzo motriz (Dietz y Gortmaker, 1985). El *Bullying Gordo* en niños, implica acciones deliberadas por parte de otros al obeso, como el rechazo social, marginación, burlas, agresión física y psicológica. Las víctimas se consideran culpables de la situación y les pueden aislar, creencias erróneas de sí mismos y emociones negativas. Muchas de las ideas que se asocian con los alimentos y el acto de comer son vestigios de la infancia. Se enseñó a comer la cantidad de alimento que le permitió crecer y desarrollarse en buen estado de salud, pero algunas ideas y emociones asociadas con ellas, pueden en este momento, ser más un bloqueo que una ayuda.

En cuanto al tipo de personalidad se ha detectado una mayor frecuencia de personalidad pasivo-agresiva en pacientes con obesidad mórbida, estos últimos, son obcecados, desafiantes y resistentes a aceptar ayuda, mostrando en general un patrón de conducta desadaptado. Los pacientes pasivos aun cuando tienen este tipo de aspecto, en realidad expresan hostilidad a través de un comportamiento de aislamiento, obstrucción, dilación y bloqueo directo o indirecto a los esfuerzos por ayudarlos. Otros rasgos frecuentes son la inmadurez y el poco control de sus impulsos. En cuanto a la percepción de su propio aspecto, los obesos frecuentemente consideran que presentan cuerpos grotescos y desproporcionados, evitando de hecho verse al espejo. Cuando se tiene un problema, como angustia, enojo, tristeza, etc., la comida proporciona un alivio temporal, ya que por un lapso de tiempo se siente mejor.

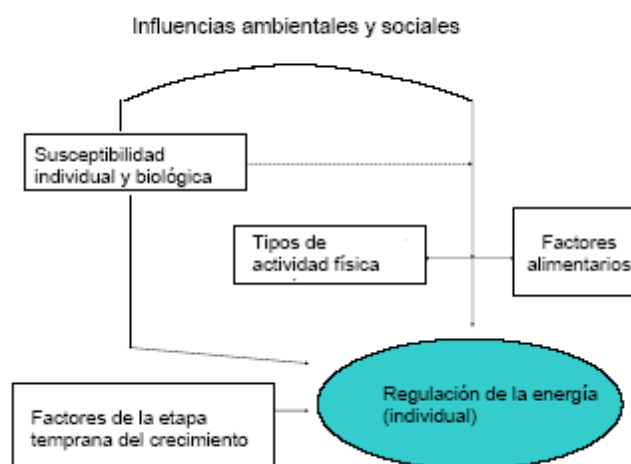
Los tipos de obesidades mencionadas por González-Polledo et al en 2002, con repercusión social son la pre-puberal o hipercelular, la obesidad Infantil y la obesidad post-puberal e hipertrófica, identificadas así por la disposición de los adipositos en la infancia y en la adolescencia. La obesidad hipertrófica tiene

límites definidos: quien fue obeso en la infancia tiene mayor capacidad de ser obeso en la adultez con su correspondiente carga de lípidos (Bray, 1985; Dietz & Robindon, 1993).

En los adolescentes obesos, la conducta alimentaria esta interrelacionada con varios aspectos de la función familiar: atmósfera del hogar, comunicación familiar, división de roles, transacción, etc., que afectan su psicodinámica en temas importantes para el equilibrio familiar. Entre los pacientes que desarrollan obesidad en la edad adulta, la característica más frecuente es la de comer para restaurar sentimientos de calma y equilibrio.

En general la psicopatología que acompaña a la obesidad no es considerada como la causa primaria de la misma, aunque si es de gran importancia detectarla para poder dar una correcta orientación que apoye al plan de alimentación.

Figura 1: Factores que influyen en la aparición de la Obesidad (OMS, 2002)



Atracón o Binge Eating Disorder (TA O BED)

Si la ingesta de alimentos reduce el estado de ansiedad, se inserta en el trastorno por atracón, comer en exceso compulsivo o trastorno de ingesta voraz (en inglés: Binge Eating Disorder, BED). Su relación con la condición de peso, coloca a la obesidad como asociada a este trastorno de alimentación.

La identificación psicológica de los obesos es por su consumo excesivo se puede dar:

En reacción a tensiones emocionales inespecíficas.

Como satisfacción sustituta en situaciones intolerables de su vida.

Como manifestación o síntoma de un padecimiento emocional subyacente, como la depresión.

En aquellas personas que presentan una verdadera adicción a la comida y sufren por ello.

El desarrollo de la categoría diagnóstica del TA se describe en el siguiente cuadro 1.

El trastorno por atracón en el DSM IV-TR (2002), se encuentra en los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados. Su definición incluye episodios recurrentes de ingesta de comida o atracón, en ausencia del uso regular de conductas compensatorias (como en la bulimia nervosa). Se caracteriza por la presencia de atracones sin ir acompañados de conducta compensatoria inadecuada; por lo que provocan aumento de peso. La persona muestra un profundo malestar al recordar los atracones y una relación con la comida llena de angustia, culpa y vergüenza. Es requisito que no aparezca en el curso de una anorexia ni una bulimia nerviosa. Se inicia en la edad adulta (entre los 18 y 30 años) y remite con el tiempo. Las personas que lo padecen suelen tener antecedentes de obesidad en su familia, presentan hábitos de comida muy alterados y gran disforia por su sobrepeso.

Cuadro 1: Desarrollo de la categoría diagnóstica del atracón.

1951	Hamburger en 1951 describió un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por la comida (caramelos, helados y otros dulces) que con frecuencia eran incontrolables.
1959	Albert Stunkard fue el primero en describir los atracones de alimentación en personas obesas, al identificar un subgrupo de pacientes con obesidad que presentaban un patrón de ingesta nocturna que él llamó <i>Night Eating Syndrome (NES)</i> , en el cual se presentaban atracones nocturnos (ingesta de gran cantidad de comida) seguidos de restricción matutina, que a su vez precedían el nuevo ciclo atracón - restricción
1970	Korhaber definió el <i>stuffing syndrome</i> como una entidad en obesos caracterizada por 3 síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión.
1980	En el DSM-III, estos individuos se incluyen dentro de categoría de “trastornos de la alimentación no especificados”
1987	Conserva la clasificación del DSM III en el DSM-III-R
1987	Asociada con la obesidad
1990	Asociada a trastornos mentales o psiquiátricos.
1994	DSM-IV refiere específicamente el trastorno, y aparece por primera vez el nombre de “trastorno por atracones de alimentación”, pero se mantiene aún dentro de la misma clasificación
2002	DSM-IV-TR Trastorno de la alimentación no específico
2010–2013	Este síndrome está en estudio para determinar la manera en la que va a ser considerado en el próximo DSM-V

Criterios:

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza de dos elementos:

1. Ingesta de alimento en periodos cortos de tiempo cuya cantidad es superior a la que la mayoría de las personas comerían en el mismo tiempo y circunstancia
2. La sensación de pérdida del control sobre la ingesta de comida

Los periodos de atracón se asocian a los siguientes síntomas:

- a) Ingesta más rápida de lo normal (llegando a ingerir los alimentos sin masticarlos)
- b) la ingestión se suspende al sentirse “hasta reventar”
- c) Se ingieren grandes cantidades de alimentos a pesar de no tener hambre
- d) Con frecuencia consumen a solas por vergüenza de mostrar su voracidad
- e) Se sienten a disgusto con ellos mismos, con depresión o culpabilidad después del atracón
- f) Presentan con frecuencia malestar al recordar el periodo de atracón
- g) Los periodos de atracón se dan dos veces por semana al menos un periodo de 6 meses

h) El periodo de atracón no se asocia a estrategias de enfrentamiento inadecuadas y compensatorias, y no aparecen exclusivamente con la anorexia o bulimia nervosa.

Las personas con periodos de atracón, se relacionan con los trastornos afectivos al desencadenarse el episodio por la restricción dietética, por estados de ánimo disfóricos como la depresión o la ansiedad. El atracón alivia la ansiedad y el estrés. Se relacionan los periodos de atracón a la presencia de algún tipo de obesidad. La mayoría de las personas se han sometido a dietas en numerosas ocasiones, fracasan en los tratamientos y en el mantenimiento de su peso. Las relaciones interpersonales se ven alteradas, con el descontento de la propia imagen, de su cuerpo y mayor susceptibilidad ante los demás.

El Trastorno por atracón, propuesto en el DSM - V (2013), se clasifica a la persona que come sin medida al menos una vez por semana, durante tres meses consecutivos, que al percatarse de ello, se siente mal. Se encuentra en el apéndice DSM V, Sección 2. Así en esta versión se identifica al atracón como un trastorno reconocido (dpsicologos, 2013), y con ello la relación firme con el tipo de obesidad.



"La Caja de Pandora", pintura relieve de Pablo Ciliberti. Fuente: www.pablociliberti.com.ar

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM - V)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. España, Masson.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.)*. Washington, D.C.. American Psychiatric Association.
- APA (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.)* (DSM-III), Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1984).
- APA (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.revisada)*(DSM-III-R), Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1988).
- Bray, G.A., *Clasificación y valoración de las obesidades. Obesidad: Aspectos básicos y aplicaciones clínicas*. México, Edit: interamericana. 1985.
- Dietz, W.H. & Robinson, T.N. (1993). Assessment and Treatment of Childhood Obesity. *Pediatrics in Review*, 14, 337 - 343.
- DSM-V: MODIFICACIONES Y APORTES. Cambios generales del DSM. 29/05/2013. Colombia. Shijin Kt. Disponible en: <http://dpsicologos.blogspot.mx/2013/05/dsm-v-modificaciones-y-aportes.html>
- Galván-García, J. (2005). *Obesidad y un estudio de tratamiento farmacológico*. Disponible en <http://sommenlac.org/Mexico,DF> 2005.
- González Polledo, U., Mazorra Zamora, R., & Horta Rivero, H. (2002). Factores sociales predisponentes de la obesidad. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/> *Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 48 - Mayo de 2002*
- González Polledo, U., Mazorra, R., Horta, H., López Galárraga, A. (2001). *El entrenamiento físico en el paciente*

- diabético. Rev. Antioqueña de Medicina Deportiva*, 4(2):12-17.
- Hamburger, W.H. (1951). Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 35, 483-499.
<http://www.sommmenlac.org>. Acceso 28/02/2005
- Kolotkin, R.L., Revis, E.S., Kirkley, B.G. & Janick, L. (1987). Binge eating in obesity: Associated MMPI characteristics. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 55, 872-876.
- Kornhaber A. (1970). The stuffing syndrome. *Psychosomatics*, 11, 580-584.
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona. Masson.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., Ewing, L., Kem, E., Gooding, W. & McDermott, M. (1990). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 69-77.
- Moral de la Rubia, J. (2002). Los Trastornos De La Conducta Alimentaria, Un Complejo Fenómeno Biopsicosocial. *Respyn*, 3(3). Disponible en <http://www.respyn.uanl.mx/iii/3/ensayos/trastornos.html>
- OMS (2003) *Informe conjunto de expertos de la OMS y la FAO sobre régimen alimentario, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. 13a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura Washington, D.C., 24 al 25 de abril de 2003. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
- Stunkard, A.J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q.* 33, 284-295.
- Womble, L.G., Williamson, D.A., Martin, C.K., Zucker, N.L., Thaw, J.M., Netemeyer, .R, Lovejoy, J.C. & Greenway, F.L.(2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *Int J Eat Disord.* 30(2), 217 -221.

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

3. Acérquese... ricos tamales

TRADICIONES MEXICANAS: EL DÍA DE LAS MADRES

La perspectiva de la comida en México, es la que relaciona con festejos y celebraciones con lo cual, la comida se relaciona con sentimientos y emociones positivas y agradables y esta asociación es casi siempre en relación con alimentos dulces (Saldaña,2000). El 10 de mayo en México se celebra a las Madres. Tradicionalmente en ese día, la mamá deja la cocina, el “ama de casa” no guisa (puede al final del día limpiar lavar los trastes de toda la familia y ser la última en descansar después de tan festivo día. El comienzo de la celebración del día de las madres, se inicia en los Estados Unidos, para recordar a una madre fallecida. (1). En México es ocasión para celebrar a las madres vivas y conmemorar a las fallecidas. Con música, platillos y obsequios, la madre en la familia mexicana se encuentra rodeada de cariño y compañía. Principal agente de transmisión de costumbres y tradiciones, se describe en los siguientes testimonios:

E.M.T., mujer de 28 años de edad:

Este día se prepara alguna receta especial que no contenga picante ni grasa, y si mucha carne de res o de cerdo, ya que la celebrada es mi mamá y ella elige su comida. Puede ser alguno de los platillos como filetes de pescado, cocinados al horno o de otras formas, acompañados de pimienta, epazote, cebolla, pan o tortilla. Las bebidas son agua [de sabor], cervezas o tequila.

M.P.H. mujer de 37 años de edad:

El 10 de Mayo se realiza una comida en casa de la abuela, donde las mujeres hacen una gran cantidad de comida. Se compra pastel y gelatina.

J.D.S. Mujer 21 años de edad

Mis hermanos y primos nos preparamos para llevarles serenata a nuestras mamás. Como vivimos en la misma casa, comenzamos con mi mamá que vive más al frente de la casa de mis primos. Y si no está la Tía, nos seguimos al fondo con la serenata. Uno sabe tocar guitarra, otro medio canta y juntamos

dinero para conseguir un Mariachi por dos horas. Adentro de las casas las mujeres también les cantan.

S.T.M. mujer de 29 años de edad:

Nada del otro mundo, le guisamos mole con arroz, pollo, más pierna con muslo, agua de sabor y su Cuba. El postre es pastel de 3 leches. Entre la familia le regalamos ropa, collares o pulceras, y tarjetas. Mi papa siempre le trae algo o de la cocina o de la limpieza "para que no se canse tanto".



Ortíz-Pinchetti (2009) en su artículo "El Despertar" destaca en el Día de las Madres el rito particular de compras, consumo alimenticio fuera de casa y diversión forzosa:

La ciudad se desborda de gente. Los hijos, nietos, yernos y nueras salen corriendo a comprar electrodomésticos con descuento. Las familias abarrotan restaurantes y fondas, los últimos en llegar comen platos de segunda mesa y reciben rosas marchitas. Es frecuente que la parentela le caiga a las madres en su casa y las obliguen a sudar la gota gorda para confirmar sus dotes de abnegada cocinera. Después los rebaños asisten a teatros, cines o parques para contentar a las madrecita.



A manera de conclusión, Ortíz-Pinchetti en 2009, se suma a esta celebración a las "cabecitas blancas y abnegadas abuelas:

Yo creo que la fidelidad del pueblo de México hacia el Día de las Madres expresa el enorme papel de la mujer como jefa de familia. Muchísimas mujeres atienden y sacan adelante una familia, donde el hombre ha muerto en forma prematura o las abandona, o está enfermo o es desobligado. En fábricas y oficinas, casi la mitad de las mujeres son jefas de familia. No sé si en otros países exista una situación semejante. Por ello, aquí el 10 de mayo tiene tanta repercusión. Carlos Fuentes se refiere a sus abuelas y reconoce en ellas a muchas madres mexicanas diciendo, con razón, que tienen cualidades heroicas. Mis propias abuelas, Adela y Margarita, tuvieron magnífico temple, y las recuerdo siempre al margen del rito consumista.

Referencias

1. Sánchez, J. (2003). *Día de las Madres*. México. Periódico El Universal, sábado 10 de mayo de 2003.
2. Ortíz-Pinchetti, J.A. (2009). El Despertar: el día de las madres un fraude. México. Periódico La Jornada, 10 de mayo de 2009

Maricruz Morales Salinas

4. Como, luego existo

RECOMENDACIONES EN ACTIVIDAD FÍSICA 2013

La OMS en 2010, presenta las recomendaciones para llevar a cabo la actividad física. De acuerdo a la etapa de vida (grupo etario) que a continuación se describen:

Niveles recomendados de actividad física para la salud:

De 5 a 17 años

Las recomendaciones de la actividad física para este grupo de edad, consisten en la realización de juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados. En los contextos familia, escuela y comunidad. Con la finalidad de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENT), se recomienda que:

Deberán acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa.

La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud.

3. La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

De 18 a 64 años

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda que:

1. Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.

3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

De 65 años en adelante

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

1. Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

2. La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.

3. A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades deberían aumentar hasta 300 minutos semanales la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien acumular 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

4. Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida deberían realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.

5. Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.

6. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

En conjunto, considerando los tres grupos de edades, los beneficios que pueden reportar las actividades aquí recomendadas y la actividad física en general son mayores que los posibles perjuicios. Cuando se invierten 150 minutos semanales en actividades de intensidad moderada, las tasas de lesión del aparato locomotor son muy bajas.

Para la población en general, el riesgo de lesiones del aparato locomotor podría disminuir si se fomentase un plan de actividad física inicialmente moderado, que progresara gradualmente hasta alcanzar una mayor intensidad (OMS, 2010: 7-8).

Las variables involucradas son descritas en las siguientes dimensiones: frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física. Los objetivos se encaminan a mejorar la salud y prevenir las enfermedades crónicas degenerativas.

Las definiciones son:

Frecuencia: Número de veces que se realiza un ejercicio o actividad. La frecuencia suele estar expresada en sesiones, episodios o tandas semanales

Duración: Período de tiempo que se dedica a la realización de un ejercicio. La duración suele estar expresada en minutos.

Intensidad: Grado en que se realiza un actividad, o magnitud del esfuerzo necesario para realizar una actividad o ejercicio. La intensidad puede expresarse en términos absolutos o relativos:

- **Absoluta:** La intensidad absoluta de una actividad viene determinada por la cantidad de trabajo que se realiza, sin tener en cuenta la capacidad fisiológica de la persona. En la actividad aeróbica, la intensidad absoluta suele expresarse en términos de energía consumida (por ejemplo, milímetros por kilogramo y por minuto de oxígeno consumido, kilocalorías por minuto, o MET) o, para ciertas actividades, simplemente como la rapidez de la actividad (por ejemplo, caminar a 5 km/h, hacer jogging a 10 km/h) o de la respuesta fisiológica a la intensidad (por ejemplo, ritmo cardíaco). En actividades o ejercicios de resistencia, la intensidad suele estar expresada en términos de peso levantado o desplazado.

- **Relativa:** La intensidad relativa se mide teniendo en cuenta o ajustándose a la capacidad de hacer ejercicio de una persona. En el ejercicio aeróbico, la intensidad relativa está expresada como porcentaje de la capacidad aeróbica de una persona (VO_{2max}), o de su reserva de VO_2 , o como el porcentaje del ritmo cardíaco máximo medido o estimado para una persona (reserva de ritmo cardíaco). Puede expresarse también como índice de la dificultad que experimenta una persona cuando realiza ejercicio (por ejemplo, en una escala de 0 a 10).

Actividad física aeróbica: Actividad en la cual los grandes músculos del cuerpo se mueven rítmicamente durante un período de tiempo. La actividad aeróbica -denominada también “de resistencia”- mejora la capacidad cardiorrespiratoria. Ejemplos: caminar, correr, nadar, montar en

bicicleta.

Ejercicio: Subcategoría de actividad física que ha sido programada, es estructurada y repetitiva, y responde a un fin, en el sentido de mejorar o mantener uno o más componentes de la forma física. Los términos “ejercicio” y “formación mediante ejercicios” suelen utilizarse como sinónimos, y hacen referencia a la actividad física realizada durante el tiempo de ocio, principalmente con el fin de mejorar o mantener la forma física, el rendimiento físico o la salud.

Actividad física potenciadora de la salud: Actividad que, cuando se añade a la actividad habitual, reporta beneficios para la salud. Ejemplos: caminar a buen paso, saltar a la comba, bailar, jugar al tenis o al fútbol, levantar pesos, trepar por las estructuras en los recreos, o practicar yoga. (health.gov, 2008. En OMS, 2010: 50-51)

En el desarrollo de la actividad física se contempla el propósito, como los siguientes:

1. Actividad de resistencia o cardiovascular.
2. Actividad para mejorar la flexibilidad motora y movilidad articular.
3. De cargas o fuerza para fortalecer masa muscular.

Si la obesidad es factor de riesgo para la mayoría de las enfermedades crónico-degenerativas que son los principales problemas de salud pública a nivel mundial; es importante delimitar las recomendaciones de actividad física para su prevención y tratamiento. Lineamientos basados en evidencia recomiendan que el tratamiento para la pérdida y el mantenimiento de peso se deben basar en un programa de manejo integral que incluya: un plan de alimentación, actividad física y terapia psicológica de corte cognitivo conductual (I.Min, et al., 2010)

Referencias

I-Min, L., Djousse', L., Sesso, H.D., Wang,L., & Buring, J.E. (2010). Physical Activity and Weight Gain Prevention. *JAMA*, 303(12), 1173-1179.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra, Suiza, O.M.S. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.

Physical Activity Guidelines for Americans. (2008) Office of Disease Prevention & Health Promotion, US Department of Health and Human Services, October 2008. (www.health.gov/paguidelines, acceso a internet el 11 de enero de 2010).

Dolores Patricia Delgado Jacobo

5. Colaboraciones

NO EXISTEN DISCAPACITADOS

Uno de los problemas básicos de la civilización occidental es la postulación de modelos considerados como idóneos o normales y con base en ellos discriminar a quienes no cumplen con esas expectativas ideológicas. Así condenaron a Sócrates a beber la cicuta por no apegarse a absurdas leyes al promover la reflexión y el análisis crítico en sus discípulos, por lo que el tribunal lo consideró como desconocedor de los dioses y corruptor de los jóvenes. Alejandro Magno fue el primero que quiso conquistar el mundo para imponer en todos lados el modelo de democracia ateniense y así civilizar a los llamados pueblos “bárbaros”, por no tener un modo de vida como el de los griegos.

De la misma manera, actualmente se llama “indígenas” a quienes no se han incorporado al modo de vida occidental, en lugar de reconocer diversas formas válidas de organización social y de vida cultural en cada uno de esos pueblos que han logrado sobreponerse durante más de 500 años a dicho proceso “civilizatorio”. Todavía mucha gente considera que la heterosexualidad es lo “normal” y por tanto asume como “anormales” a otras configuraciones de identidad y preferencia sexual.

En el mismo sentido se habla de “discapacitados” o “minusválidos” para referirse a las personas que carecen de algunas de las capacidades consideradas “normales”, no obstante que muchos de ellos tienen otras capacidades superiores. Por ejemplo, personas que no tienen la capacidad visual (ciegos) suelen tener elevadas capacidades auditivas, táctiles, olfativas y cognitivas, que no tienen los que sí pueden ver. Personas sin vista suelen ser excelentes músicos, capaces de reconocer billetes y otros objetos mediante el tacto, captar aromas que les orientan, manejar el ábaco a velocidades impresionantes y construir argumentaciones lógicas sofisticadas. Quienes tienen menos capacidad auditiva, generalmente desarrollan posibilidades visuales, de memoria y de orientación geográfica superiores a la mayoría. Los que no tienen la posibilidad de articular sonidos verbales pueden ser excelentes dibujantes, deportistas, escritores, bailarines o instrumentistas. Las personas con lesiones en la corteza cerebral que tienen dificultad para la organización lógica de su pensamiento (conocido como “retardo mental”) suelen tener una sensibilidad emocional superior, que al ser valorada y educada podría desarrollar elevadas e importantes posibilidades afectivas.

Todas las personas tienen relativas limitaciones para algunas cosas y posibilidades sobresalientes en otras. En lugar de poner énfasis en lo que una persona no puede hacer, sería importante que la comunidad valorara y reconociera sus talentos y virtudes, como lo ilustra el video *El circo de las mariposas*. La organización social y la educación, en lugar de pretender la homogeneidad de todos, debieran basarse en las posibilidades de combinar o articular talentos diversos que se complementen para producir equipos de elevada potencia. No podría haber una gran orquesta sinfónica si solamente se contara con violinistas, la diversidad es lo que engrandece a la organización humana.

No tienen por qué todos tener las mismas capacidades. Cada ser vivo es lo que es y no tiene por qué suponerse que debiera ser de otra manera. No puede decirse -por ejemplo- que un animal o un vegetal es “discapacitado” porque no puede hablar o escribir, pues no se espera eso de ellos. Así, entre los seres humanos es necesario no esperar de un ciego que vea o de un sordo que oiga, etc. Cada quien es lo que es y tiene ciertas posibilidades y no tiene otras. Si una persona entra en relación con quienes hablan otro idioma necesitará un traductor de manera similar a alguien que no puede caminar requiere de una silla de ruedas o de muletas, y si no puede ver necesitará del sistema de escritura Braille y de sonidos que le sirvan para orientarse en el tránsito.

La comunidad debiera ofrecer opciones de accesibilidad para las diversas situaciones: mapas para los turistas, sonidos para los que no ven, mingitorios y tazas de baño para los de baja estatura, puertas y techos adecuados para los de estatura alta, sillas de ruedas para quienes no caminen, traductores para quienes no hablen el mismo idioma, diseños ergonómicos para zurdos, elevadores para quienes tienen dificultad al subir escaleras, etc., etc. En una comunidad donde haya más opciones de accesibilidad para diversas circunstancias y situaciones mejor será el nivel de vida de cada uno y del conjunto, porque todos podrán dar lo mejor de sí mismos a la vida colectiva.

El concepto de “discapacidad” debe desaparecer. No sirve tampoco usar el eufemismo de “capacidades diferentes”, pues todas las personas sin excepción tienen capacidades diferentes, limitaciones en algunos aspectos y virtudes en otros. En lugar de segregar a las personas que no corresponden al estereotipo establecido desde una perspectiva limitada, ensimismada, debe aceptarse la diversidad de situaciones y capacidades de los seres humanos y pugnar por la construcción de opciones de accesibilidad para esa diversidad. Es una manera fundamental de abrir el diálogo y la cooperación entre personas diferentes como son todos los seres humanos. Aceptar que hay otra forma de vivir, de pensar y de ser, que puede ser valorada al igual que la propia.

Entre mayor sea el porcentaje de personas que requieran acceso a dispositivos más prioritario es que la comunidad los ofrezca de manera generalizada. Por ejemplo, cada vez se generaliza más la previsión de rampas en las aceras y elevadores para el uso de los diferentes niveles de los edificios. También existen múltiples opciones de teclado para el manejo de computadoras y otras máquinas, tanto como dispositivos para la conducción de autos sin tener que usar brazos o piernas.

Es particularmente importante que haya opciones de accesibilidad a diferentes dispositivos que posibiliten el desarrollo laboral de la más amplia variedad de personas, captando sus talentos y virtudes y compensando sus posibles limitaciones. Esta actitud de respeto y valoración de los demás, es la mejor manera de que cada quien se valore mejor a sí mismo. Ha sido muy dañino ya para muchas

personas sentirse segregadas por tener una característica corporal o psicológica que sale de los modelos estandarizados y las modas. No es real, ni necesario, ni conveniente que todos seamos iguales; por el contrario, la comunidad debe ocuparse de apoyar, valorar, respetar e impulsar lo diferente.

A quienes se les ha llamado “indígenas” debemos llamarles “pueblos originarios” y a quienes se les ha considerado “discapacitados” se les debe referir por sus talentos más que por sus limitaciones: a los ciegos se les debe llamar auditivos o táctiles, o auditivo- táctiles. A quienes no pueden caminar pero sí mover los brazos y las manos se les puede considerar con capacidad desarrollada en sus extremidades superiores y viceversa. Se entenderá que los auditivos no están centrados en lo visual y que los que tienen énfasis en las extremidades superiores posiblemente tengan limitaciones en las inferiores, y así en otros casos: los visuales no estarán centrados en la audición y quienes sean hiperafectivos no tendrán su eje en los procesos racionales.

Lo anterior no desdeña que existan procesos de capacitación para generar o mejorar determinado tipo de capacidades, si es posible y las personas así lo desean: como se enseña idiomas a quienes no los hablan. Nuevas capacidades de diferente tipo que se integran en una persona pueden abrirle más opciones y potencias laborales. Pero, con este enfoque, serán muy escasas las personas que no tengan capacidades que ofrecer para servir a la comunidad a través de un determinado puesto laboral que integre los dispositivos adecuados para sus requerimientos personales.

La vinculación con la obesidad se observa en el estigma de la condición obesa es muy antiguo. En la sociedad occidental y la tradición judeo-cristiana como en la sociedad oriental budista. Ambas sociedades comparten la transgresión. En la oriental del fracaso moral con el consecuente sufrimiento y castigo; en la occidental la desobediencia a la normatividad dictada por un Dios supremo. La conceptualización actual de la obesidad es que los obesos son las víctimas de la herencia y del ambiente (Stunkard, LaFleur, & Wadden, 1998). La percepción del niño obeso se ubica en dos creencias opuestas. Por un lado la del niño sano, fuerte e inteligentes; por otro lado la del torpe, incapaz y bajo de inteligencia. La sociedad actual los rechaza por su apariencia. La conceptualización se centra en el individuo donde la obesidad, como incapacidad física, es un fracaso personal. (Latner & Stunkard, 2003), se le considera una desviación social y una discapacidad (Maddox, Back, & Liederman, 1968).

El sentido coloquial del estigma de la obesidad la describe Herrero (2013) a continuación:

La obesidad hace que la persona que la padece se sienta inferior, menos atractiva, menos capaz de realizar algunas actividades... Si a esto le unimos el rechazo social y los diferentes tipos de discriminación que las personas obesas pueden sufrir a lo largo de su vida (burlas en el colegio, dificultades para relacionarse y encontrar pareja, discriminación en algunos trabajos), comprenderemos que las personas obesas suelen sufrir una disminución de su autoestima que les hace considerarse menos valiosos e inseguros de sí mismos.

Perspectiva que señala a los pacientes obesos con autoestima negativa, enojo e insatisfacción con su peso corporal.

Referencias

- Herrero, Virto, G. (s/F). Guía de Obesidad. España. <http://www.guiaobesidad.com/psicologia-obesidad>,
 Latner, J.D. & Stunkard, A.J. (2003). Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. *Obesity Research*, 11 (3), 452 - 456.
 Maddox, G.L., Back, K.W., & Liederman, V.R. (1968). Overweight as social deviance and disability. *J Health Soc Behav*, 9, 287 - 298.
 Rodin J, Silberstein L, Striegel-Moore R. Women and weight: A normative discontent. In: Sonderegger TB (ed) Nebraska Symposium on Motivation, Vol 32. University of Nebraska Press: Lincoln, 1984, pp 267 ± 307.
 Soba, J. (1991). Obesity and nutritional sociology: A model for coping with the stigma of obesity. *Clin Sociol Rev*, 9, 125 - 141.
 Stunkard, A.J., LaFleur, W.R., & Wadden, T.A. (1998). Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *International Journal of Obesity* 22, 1141- 1144.

6. Próximas reuniones científicas



"TÓPICOS EMERGENTES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD, EL COMPORTAMIENTO
Y QUÍMICO-BIOLÓGICAS PARA EL SIGLO XXI"

SE LES INFORMA A LOS PARTICIPANTES AL CONGRESO QUE SE AMPLIA EL PLAZO
SOLO PARA EL ENVÍO DEL RESUMEN AL DÍA 6 DE SEPTIEMBRE Y PARA EL PAGO DEL
CONGRESO CON COSTOS ANTERIORES SOLO HASTA EL DÍA VIERNES 30 DE AGOSTO.

<http://congresofeszar.blogspot.mx/>



XII Congreso de Obesidad y Trastornos Alimentarios
Fecha 16/10/2013 al 18/10/2013
Lugar Palais Rouge
Dirección Buenos Aires - Argentina
Organizador SAOTA

www.saota.org.ar

