Somatic

REVISTA CIENTÍFICA

ISSN en trámite

No. 2, Julio - diciembre 2022

www.uva.edu.mx



Coordinación de Investigación | Campus Mérida

UNIVERSIDAD VIZCAYA DE LAS AMÉRICAS

CIDIV
CENTRO DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN VIZCAYA

DIVISIÓN DE POSGRADOS



DIVISIÓN DE POSGRADOS

Universidad Vizcaya Mérida

UniversidadVizcayaOficial

Universidad Vizcaya Mérida

Maestría en

Juicios Orales

ACUERDO 158 20/03/2020

Especialidad en

Enfermería Quirúrgica

ACUERDO 107 20/05/19

Especialidad en

Fisioterapia Pediátrica

ACUERDO 154 20/02/20







UNIVERSIDAD VIZCAYA
DE LAS AMÉRICAS

INFORMES EN:

vinculacion_merida@uva.edu.mx

Calle 33 #140 Col. Chuburná de Hidalgo, Mérida

(999) 195 66 47 - 195 68 44

EDITORIAL

Llegamos a la segunda edición de Somatic con nuevas expectativas y con un rumbo aún más definido de esta divulgación científica. Pretendemos buscar próximamente la indexación mediante una oferta atractiva para aquellos conocedores de las ciencias de la salud y que encuentren espacios para tener puntos de convergencia en el desarrollo científico de esta disciplina.

Iván Llanes, Geraldine Osalde y Tirso Suarez cuando hablan en su artículo sobre la "Prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama", buscaron determinar la IMC en pacientes del género femenino de un nosocomio público durante el periodo 2017-2020 identificando sus características demográficas, clínicas y epidemiológicas. Los autores llegaron a la conclusión de que una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en los pacientes sujetos de estudio.

Cecilia Cáceres Rejón en su artículo "Beneficios del ejercicio físico en la salud mental," menciona que ésta tiene una alta incidencia de morbilidad y mortalidad por la alternación de trastornos de ansiedad y depresión. Señala que se usa el ejercicio físico para combatir las enfermedades y concientiza en cuanto a la repercusión que tiene para mejorar la calidad de vida.

Por su parte Yanning Calderón Pérez, en "Buenos tratos en la pareja: qué es y la necesidad de visibilizarlo", parafraseando a Valdés (2007), describe las funciones sociales que satisfacen a la pareja entre ellos: la obtención de beneficios económicos, la división de roles, así como la satisfacción de expectativas sociales. En este ensayo identificó las acciones que promueven el desarrollo del buen trato en la relación de pareja.

En "Cambios en la composición corporal generados por la intensidad del ejercicio físico", Jacobo Toache y Víctor Kú señalan que ha aumentado la deserción de esta práctica en los gimnasios, sobre todo en el género femenino. Los sujetos de estudio fueron mujeres de 18 a 45 años en la localidad de Kanasín, Yucatán, México.

En "Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios con conocimientos nutricionales", Luis Cepeda Gaytán, tuvo como objetivo general identificarlos, concluyendo que en la población del área de la salud es donde existe una prevalencia más sana.

Por último, en "La importancia de estimulación cognitiva en pacientes esquizofrénicos", Melissa Montañez Godoy, explica la importancia del fortalecimiento de la estimulación cognitiva y el uso de habilidades sociales básicas para la vida cotidiana. Para ello utilizó un método descriptivo en su investigación.

Mtro. Fernando Pacheco Bailón
Coordinador de Investigación UVA Campús Mérida

CONTENIDO

5 **Prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama**

por LN. Ivan de Jesús Llanes Chan, Dr. Tirzo Rolando Suarez Sahuí y M. en C. Geraldine de Lourdes Osalde Solís

11 **Beneficios del ejercicio físico en salud mental**

por Cecilia Guadalupe Cáceres Rejón

17 **Buenos tratos en la pareja: qué es y la necesidad de visibilizarlo**

por Yanning Calderón Pérez

23 **Cambios de la composición corporal generados por la intensidad del ejercicio físico**

por Kú Chalé Víctor Benjamín, Toache Ruíz Jacobo

29 **Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios con conocimientos nutricionales**

por Luis Armando Cepeda Gaytan

35 **La importancia de estimulación cognitiva en pacientes esquizofrénicos**

por Melissa Montañez Godoy

Las ideas vertidas en la publicación Somatic representan el resultado de investigaciones hechas por los autores de la Universidad Vizcaya de las Américas Campús Mérida.

coord_inv_merida@uva.edu.mx
(999) 95 66 47 Ext. 120

DIRECTORIO

Director General del campus Mérida:	Dr. José de Jesús Palafox Quintero
Director de Servicios Académicos y Escolares:	Mtra. Yamile Cetina Cahero
Directora Administrativa Financiera:	Ing. Nury Rodríguez Álvarez
Coordinador de investigación:	Mtro. Fernando Pacheco Bailón
Diseño Editorial:	Mtro. Oscar Bastarrachea Velázquez

Imagen de portada: Foto de fauxels en Pexels

ISSN En trámite

Somatic revista científica, Año 2 Número 2 Enero 2022
publicación semestral editada por la Universidad Vizcaya de las Américas Campús Mérida
Calle 33 #140 Entre calle 20A y 22 Col. Chuburná de Hidalgo, Mérida, Yucatán

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente sin citar la fuente.

SOMATIC. año 2, No. 2, Julio – diciembre 2022 es una publicación semestral editada por el Patronato Cultural Vizcaya, calle 33 por 20 a y 22 numero 140 col. Chuburná de Hidalgo CP.97205 Tel. 99-91-95-66-47 https://www.revistascientificasuvamerida.org.mx/ cidiv_merida@uva.edu.mx
Editor Responsable: Fernando Pacheco Bailón. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-102013152900-102, ISSN en trámite el primero otorgado por el Instituto Nacional del Derechos de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Centro de Investigación Universidad Vizcaya Dr. Fernando Pacheco Bailón, calle 33 por 20 a y 22 numero 140 col. Chuburná de Hidalgo CP. 97205, fecha de última modificación 2 de enero del 2023.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama

LN. Ivan de Jesús Llanes Chan, Dr. Tirzo Rolando Suárez Sahuí y M. en C. Geraldine de Lourdes Osalde Solís



Foto de Anna Tarazevich en Pexels

Abstract

Introduction: *Breast cancer (BC) occupies the first place of incidence among neoplasms in recent years, and like obesity it represents a public health problem that is increasing in Mexico.*

Objective: *To determine the prevalence of overweight and obesity due to BMI in patients diagnosed with BC at the ISSSTE Regional Hospital "Elvia Carrillo Puerto" Mérida Yucatán.*

Material and methods: *An observational, cross-sectional, retrospective and descriptive study was carried out, in which 230 patients with BC were included in the period between January 2017 and December 2020. BMI was measured to determine the grade at the time of diagnosis and was related to some epidemiological variables such as age, stage of cancer, menopausal status, presence of comorbidities and biological profile of breast cancer.*

Results: *A prevalence of overweight and obesity was reported in patients with BC of 80% (184); of which 33% were overweight (76) and 47% were obese (108). Grade 1 obesity was present in 29.5% (68). The age group with the highest prevalence of overweight and obesity was that of patients aged 50 to 59 years, with 23.5% (54). According to the BC stages, the highest prevalence of overweight and obesity occurred in stage IA with 21.7% (50), stage II-A with 22.1% (51) and stage II-B with 17.3 % (40). 51.74% (119) of the postmenopausal patients presented some degree of overweight or obesity. Hypertension with 41.7% (104), followed by dyslipidemias with 39% (90) were the most frequent associated comorbidities. Regarding the biological profiles of BC and the prevalence of overweight and obesity, a frequency of 55% (127) was found in patients with positive hormone receptors and negative HER2. Similarly, in the other groups, a high prevalence of overweight and obesity is applied, even in the group of triple negative patients.*

Conclusions: *There is a high prevalence of overweight and obesity in patients with BC diagnosed in early stages I and II, which are considered potentially curable.*

Keywords: *overweight, obesity, breast cancer, prevalence.*

* Ivan Llanes realizó su servicio social en el área de investigación del hospital del ISSSTE "Elvia Carrillo Puerto", le acompañan en este artículo Rolando Suárez y Geraldine Osalde, asesor y mentora.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una de las enfermedades con mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial, principalmente debido a estilos de vida no saludables como: el sedentarismo y la dieta occidental.

> De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha triplicado en las últimas cuatro décadas. En 2016 más de 1 900 millones de personas adultas presentaron sobrepeso; de las cuales al menos 650 millones tuvieron obesidad.[1]

En México, el 74.2% de la población adulta, padece sobrepeso y de estos el 39.1% obesidad, incluso existen datos recientes que comprueban que en niños y adultos mexicanos también esta condición se ha ido incrementado en forma importante en los últimos treinta años.[1,2]

Según datos del INEGI, en 2020 La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue muy alta en los grupos de mujeres de entre 20 a 29 años con un 26% y esta cifra incluso se incrementó en un 46% en el grupo de mujeres de entre 30 a 59 años.[2]

Por su parte, el cáncer de mama a nivel mundial es el tumor maligno más frecuente en las mujeres y la primera causa de muerte por cáncer. Cada año se diagnostican más de 2.3 millones de casos nuevos, de los cuales fallecen alrededor de 522 000 mujeres, tan solo en 2020 según la International Agency for Research on Cancer (IARC) la cifra de pacientes que fallecieron por cáncer de mama fue de 685 000.[3,4,5]

En México desde hace más de tres décadas, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de incidencia entre las neoplasias malignas en ambos sexos. En cuanto a la prevalencia de cáncer en los últimos 5 años, el cáncer de mama ocupó igualmente el primer lugar de la lista en nuestro país e incluso en Yucatán.[3,6,7,8]

En la región sureste del país, específicamente en el Estado de Yucatán es conocido que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta es muy alta, por lo que la relación entre el exceso de peso y la presencia de tumores mamarios podría ser más común en comparación con otras poblaciones del país.[9]

Es de fundamental relevancia mencionar que cada vez existe mayor evidencia de que la obesidad está relacionada con enfermedades crónico-degenerativas como: la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las cardiopatías, las dislipidemias y más recientemente el cáncer.

Pese a que en el servicio de Oncología del Hospital Regional del ISSSTE de Mérida, Yucatán se brinda atención a las pacientes derecho-habientes con cáncer de mama de prácticamente la Península y el sureste del país, no existe datos ni información actualizada que permita determinar la prevalencia que existe de sobrepeso y obesidad. Por lo que se considera, que es de suma importancia conocer si este factor está presente entre las pacientes con cáncer de mama.

De igual manera, la importancia que representa la coexistencia de estas dos patologías ha sido el objetivo de múltiples estudios a través de los últimos años, debido al reto que representa tanto para el médico como para los especialistas en nutrición el abordaje terapéutico de estos pacientes [8], y la relevancia de la problemática que representan estas dos patologías en nuestro medio.



OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad por IMC en las pacientes con CM del Hospital Regional ISSSTE Mérida del estado de Yucatán en el periodo de 2017 a 2020.
- Determinar el grado de sobrepeso y obesidad que tienen las pacientes con CM.
- Identificar las principales características demográficas, clínicas y epidemiológicas.

- Conocer las características clínicas y epidemiológicas más frecuentes en las pacientes con CM con sobrepeso y obesidad.

- Determinar la distribución entre los perfiles biológicos del CM de acuerdo con los receptores hormonales y el oncogén HER2/neu y la presencia de sobrepeso y obesidad.

MATERIAL Y MÉTODO

En este estudio cuantitativo de tipo epidemiológico el objetivo general fue determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad por IMC en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del Hospital Regional del ISSSTE en Mérida, Yucatán en el período de enero de 2017 a diciembre del 2020, que contarán con expediente completo, de sexo femenino con edad igual o mayor a 18 años. El diseño del estudio fue observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y la Jefatura de Enseñanza del Hospital Regional ISSSTE de Mérida y con el apoyo de los departamentos de archivo clínico, patología, radiología oncológica y ginecología.

La revisión de los expedientes se realizó durante el período de febrero a diciembre del año 2020. Se consideró una población de estudio con 230 expedientes de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y con datos de peso y talla al momento del diagnóstico. Las variables fueron la edad, el peso, la talla, lugar de residencia, ocupación, comorbilidades, estado menopáusico, etapa del CM, histología estado de los receptores hormonales, y oncogén HER2/neu y el tipo de tratamiento.

Se calculó el IMC lo cual permitió clasificar a las pacientes en: bajo peso (menor a 18.9 kg/m^2), peso normal (18.9-24.9 kg/m^2), sobrepeso (25-29.9 kg/m^2) y obesidad (mayor a 30 kg/m^2). y de manera específica determinar el grado de sobrepeso y obesidad en esta población de pacientes.

Se cuidaron todos los preceptos éticos que corresponden al tipo de estudio. Para el análisis y el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y Excel 2010. Se excluyeron a las pacientes que no contaran con expediente clínico o que no contaran con el dato completo de peso y/o talla.

RESULTADOS

La prevalencia de sobrepeso y obesidad que se encontró en la población de pacientes diagnosticadas con CM del Hospital Regional del ISSSTE de Mérida del Estado de Yucatán, fue del 80% (184). De las cuales, con algún grado de obesidad se encontró el 46.9% (108) de las pacientes y con algún grado de sobrepeso el 33% (76).

En cuanto a los grados de sobrepeso y obesidad por IMC, destaca la prevalencia de obesidad grado I con el 29.5% (68), seguido del sobrepeso grado II o preobesidad con el 21.7% (50). Figura 1.

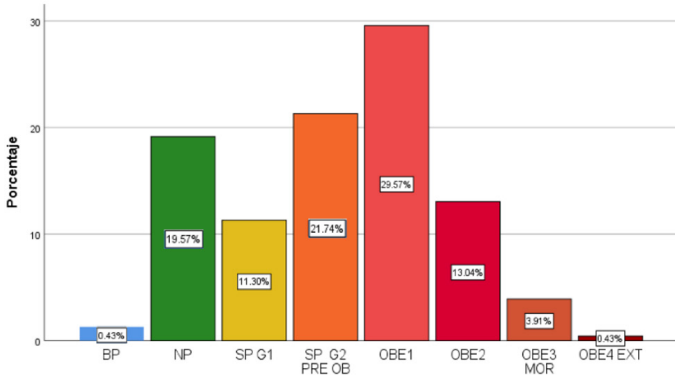


Figura 1. Grados de IMC.

Con relación a las características demográficas, clínicas y epidemiológicas más relevantes encontradas en la población de estudio, resaltan los siguientes datos: la edad promedio fue de 56 años de un rango de 30 a 88 años, con una desviación estándar de 12.683, siendo los grupos de edad predominantes entre los 40 a 69 años 74.1% (170). La mayor parte de los sujetos 70.9% tienen su residencia en el Estado de Yucatán, y en particular en la Ciudad de Mérida 58.7%.

El 54.3% (125) de la población se desempeña en algún tipo de profesión u oficio como se indica en la Tabla 1.

Variable	Concepto	F	%
Edad	30-39	20	9.13%
	40-49	59	25.6%
	50-59	61	26.5%
	60-69	50	22.1%
	70-79	29	12.6%
	80+	9	3.9%
Lugar de residencia	Local (Yucatán)	163	70.9%
	Foráneo	67	29.1%
Ocupación	Actividad laboral	125	54.3%
	Sin actividad laboral	105	45.7%

Tabla 1. Características demográficas

Con relación a las comorbilidades más significativas encontradas en esta población destaca la Hipertensión arterial con un 45.2% (104) seguido de las dislipidemias con un 49.9% (90).

En cuanto al estado menopáusico, se encontró que el 61.3% (141) de las pacientes se encontraban en la posmenopausia.

Las etapas I-A, II-A Y II-B del cáncer de mama fueron las

más frecuentes al momento de realizar el estudio con el 28.2%, 26.9% y 21.3% respectivamente, resaltando que en estas etapas se encuentra el 76.4% (176) de las pacientes; precisamente etapas potencialmente curables. En cuanto a la histología, el carcinoma ductal infiltrante fue el más frecuente con el 86.1% (198).

De acuerdo a las características moleculares de las pacientes con CM se encontró que con receptores de estrógenos positivos (RE+) está el 79.1%, con receptores de progesterona (RP+) el 67.4%, y con el oncogén HER2/neu+ el 15.2%.

También se encontró que, con relación al tipo de tratamiento, la cirugía (QX) fue el tratamiento local más utilizado en un 97% de las pacientes, seguida de la radioterapia (RT) con el 64%; y en cuanto a los tratamientos sistémicos destaca la hormonoterapia (HT) con el 80% seguido de la quimioterapia (QT) con el 73%. Tabla 2.

Comorbilidad	Hipertensión arterial	104	45.2%
	Dislipidemias	90	40.9%
	Diabetes mellitus tipo 2	42	18.3%
	Cardiopatías	20	8.7%
	Otros	68	29.6%
Estado menopaúsico	Posmenopáusicas	141	61.3%
	Premenopáusicas	89	38.7%
Etapa	I-A	65	28.2%
	I-B	2	0.8%
	II-A	62	26.9%
	II-B	49	21.3%
	III-A	25	10.8%
	III-B	9	3.9%
	III-C	13	5.6%
	IV	5	2.1%
Histología	Ductal	198	86.1%
	Lobulillar	24	10.4%
	Mucinoso	6	2.6%
	Medular	1	0.4%
	Papilar	1	0.4%
Estado de receptores hormonales y HER2/neu	Estrógeno (+)	182	79.1%
	Progesterona (+)	155	67.4%
	HER2/neu (+)	35	15.2%
Tipos de tratamiento	Cirugía	225	97%
	Quimioterapia	168	73%
	Radioterapia	140	64%
	Hormonoterapia	184	80%

Tabla 2. Características Clínicas y Epidemiologias

Entre la población de pacientes con diagnóstico de CM que presentaron algún grado de sobrepeso u obesidad 80% (184), se reportó que la prevalencia más alta se encontró en el grupo de edad de 50 a 59 años con un 23.4% (54), seguido del grupo de 40 a 49 años, y el de 60 a 69 años, con el 17.8% (32) respectivamente. Esto indica que en el rango de 40 a 69 años se ubicó al 59% (136) de las pacientes que presentó algún grado de sobrepeso u obesidad. Figura 2.

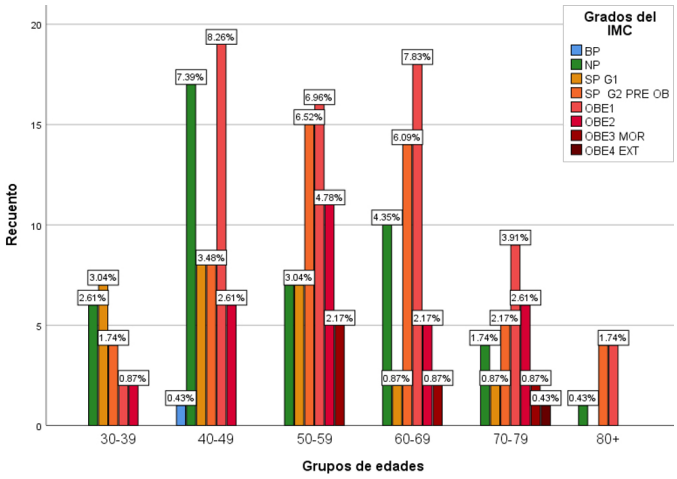


Figura 2. Grados de IMC de acuerdo a los grupos de edad

En relación a las comorbilidades más frecuentes, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las pacientes con hipertensión arterial fue del 41.7% (96), en donde el 29.5% (68) tuvo obesidad e hipertensión arterial y el 12.1% (28) sobrepeso e hipertensión arterial. Figura 3.

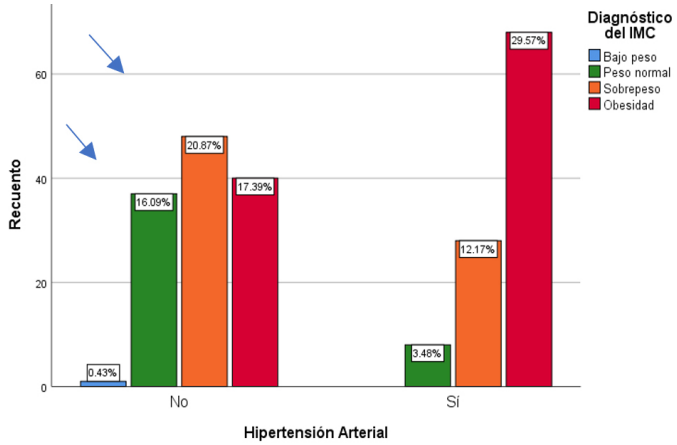


Figura 3. IMC e Hipertensión Arterial

De Igual manera, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes con dislipidemias fue de un 39.1% (90). Específicamente la obesidad se presentó en el 29.1% (67) y con sobrepeso el 10%. De las 96 pacientes en las que se encontró dislipidemias, 90 de estas tuvieron algún grado de sobrepeso u obesidad. Figura 4.

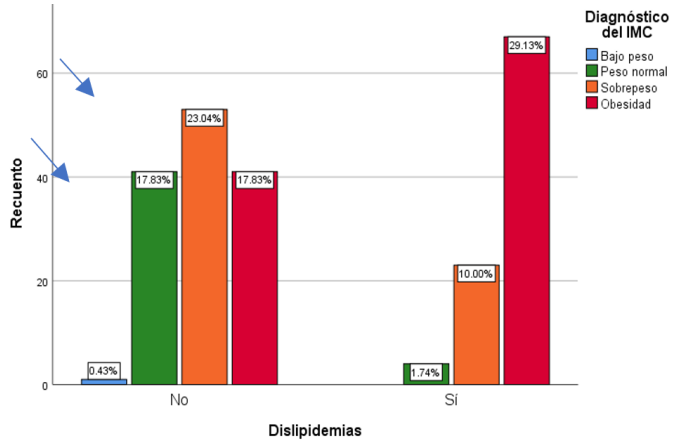


Figura 4. IMC y Dislipidemias

En cuanto al estado menopaúsico, se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 51.7% (119) en

pacientes en etapa de posmenopausia. La obesidad se presentó en el 32.6% (75) y el sobrepeso el 19.1% (44). Figura 5.

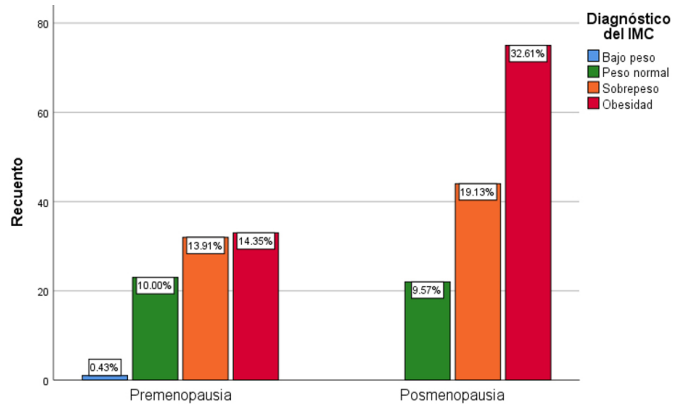


Figura 5. IMC en la Premenopausia y Posmenopausia

En la Figura 6 se puede observar la prevalencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo a las etapas del CM, en donde resalta que el 61.3% (141) de las pacientes se encontró con sobrepeso u obesidad en etapas tempranas y potencialmente curables. Específicamente, en la etapa I-A se encuentra el 21.7% (50), en la etapa II-A el 22.1% (51) y en la etapa II-B el 17.3% (40).

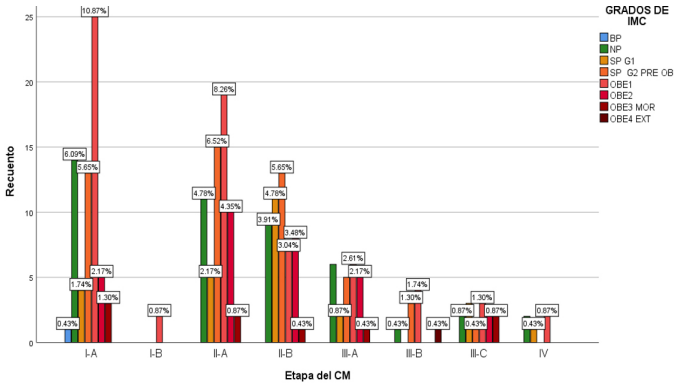


Figura 6. Grados de IMC por Etapas del CM

Finalmente, se analizaron los datos obtenidos del IMC y de los cuatro perfiles bilógicos en que se clasificaron a las pacientes de acuerdo a los resultados de los receptores de estrógenos, progesterona y el oncogén HER2/neu. De ahí, se estableció la distribución de la presencia de sobrepeso y obesidad en cada grupo, destacando el grupo 1 (RE+ RP+/- HER2-) con el porcentaje más elevado que fue del 55.2% (127), seguido del grupo 4 (RE- RP- HER2-) con un 13% (30). Figura 7.

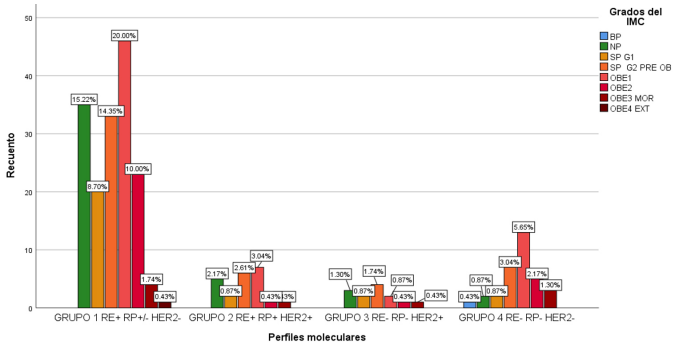


Figura 7. IMC y Perfiles biológicos del CM

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Existe una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes con CM diagnosticadas en etapas tempranas I y II, que se consideran potencialmente curables.

> Debido a la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad que se observó en este estudio, es evidente la necesidad de la inclusión del profesional en nutrición dentro del equipo multidisciplinario de atención de dichas pacientes.

Así mismo es importante tener en cuenta que, a diferencia del cáncer de mama que desafortunadamente es una condición que no se puede prevenir; el sobrepeso y la obesidad si pueden ser potencialmente modificables tan solo cambiando el estilo de vida y los malos hábitos de alimentación.

De igual relevancia, es la necesidad de controlar el sobrepeso y la obesidad en estas pacientes, no solo para evitar complicaciones en los tratamientos contra el cáncer de mama sino también para evitar otras comorbilidades que pueden repercutir directa o indirectamente en la evolución y pronóstico de la enfermedad

PROPUESTAS

Es imprescindible el papel del licenciado en nutrición dentro del equipo de atención multidisciplinaria de las pacientes con cáncer de mama en clínicas y hospitales de la región. Dado que en el Hospital Regional del ISSSTE de Mérida Yucatán no se cuenta con un servicio de consulta de orientación nutricional, se debería contemplar la implementación de éste.



Foto de Michelle Leman en Pexels

Referencias

1. OMS. (16 de Febrero de 2018). (Internet). Organización Mundial de la Salud . Obtenido de Obesidad y sobrepeso : https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

2. INEGI comunicado de prensa Núm. 528/20. Estadísticas a propósito del día mundial contra la obesidad. 11 de noviembre del 2020.

3. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de cáncer mamario. Disponible en:file:///C:/Users/Ivan%20Llanes/Downloads/Consenso%20Cancer%20de%20mama%202019%20pdf.pdf

4. Fact Sheets by Population (internet). Globocan.iarc.fr.2018 (cided 1 November disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/ Sheets population.aspx.

5. Aptitude Health. [internet] 28 Abril 2021. Recuperado el 20 de mayo del 2019 en: https://www.aptitudehealth.com/blog/who-declares-breast-cancer-most-common-malignancy-worldwide/

6. INEGI. Comunicado de Prensa Núm. 462/20. Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. 15 de octubre de 2020.

7. OMS 2018. international agency for Research on Cancer. [internet] revisado en 2018. Recuperado el 5 de diciembre del 2019 en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

8. Solís J, Pacheco R. Registro epidemiológico de neoplasias malignas en dos hospitales de Yucatán en el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2017. Rev. Esp Méd Quir. 2019,24:48-56.

Beneficios del ejercicio físico en salud mental

Cecilia Guadalupe Cáceres Rejón*



Foto cortesía de Pexels

Abstract

Depression is one of the main causes of health problems and disability in the world and, according to estimates by the World Health Organization (WHO), one in four people develops a depressive condition which is estimated to affect more than 300 million people worldwide.

The traditional and best-known treatment for depression consists of drugs and therapeutic support. Recent studies have shown a clear correlation between physical exercise and the reduction of anxiety and depression, especially in the population with mental disorders, so it is important to describe and raise awareness of the impact that physical exercise has on mental health and how it helps in its quality of life. lifetime.

The main research question was: What is the benefit of physical exercise on mental health? Different instruments were implemented to measure results.

* Estudio fisioterapia, egresada de la Universidad Vizcaya de las Américas, campus Mérida. Se tituló por la modalidad de tesis.

INTRODUCCIÓN

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.[1]

> La salud mental a nivel mundial tiene una alta incidencia de morbilidad y mortalidad por la alteración de trastornos de ansiedad y depresión, las cuales se encuentran ubicadas entre las diez primeras problemáticas de salud a nivel mundial.[1]

Teniendo en cuenta el aumento de la enfermedad a nivel mundial y la discapacidad que dispone al paciente, familia y sociedad, es importante incidir en ella y realizar una intervención por parte de la fisioterapia que ayude a mejorar esta situación impidiendo su agravamiento.

En relación a la figura del fisioterapeuta como miembro del equipo de salud mental, la población general, los profesionales sanitarios y también aquellos que trabajan en departamentos de salud mental, frecuentemente se preguntan que hacen los fisioterapeutas trabajando con pacientes que sufren algún trastorno mental. Esto es debido a la ignorancia sobre el concepto biopsicosocial de salud y más concretamente al concepto de intervención terapéutica denominado cuerpo-mente.

Cada vez más estudios muestran que el bienestar físico es un prerrequisito para el bienestar mental y viceversa. De hecho, estudios serios recientes han demostrado una clara correlación entre ejercicio físico y la reducción de ansiedad y depresión especialmente en población con trastornos mentales.[2]

El tratamiento con técnicas de fisioterapia contribuye a disminuir el uso de fármacos específicos para el tratamiento de pacientes con depresión; la fisioterapia dispone de varias intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia científica, que están dirigidas a paliar los síntomas de la depresión y mejorar la calidad de vida y autoestima de los pacientes.[2]

El ejercicio terapéutico es una de las intervenciones que ha mostrado más efectividad en el tratamiento de estos pacientes, y que ha llegado a señalar incluso efectos similares a los medicamentos antidepresivos.[2]

Es de suma importancia la implementación y desarrollo de programas de ejercicio en la salud mental, ya que actualmente es un área poco considerada en el tratamiento integral para estos pacientes.

PROBLEMÁTICA

La depresión es una de las principales causas de problemas de salud y discapacidad en el mundo y, de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada 4 personas desarrolla un cuadro depresivo por la cual se calcula que afecta más de 300 millones de personas a nivel mundial.[3]

En México afecta a 15 de cada 100 habitantes y la cifra podría ser mayor porque algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años sin saber que tienen esta afección; asimismo, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres.[4]

En Yucatán se ha visto en aumento la carga de la salud mental, las cifras del 2021 se incrementaron debido a la pandemia COVID-19. La depresión afecta con más intensidad a jóvenes entre 15 y 29 años, el 79 % se estima que son mujeres.

El tratamiento tradicional y más conocido para atender la depresión consiste en fármacos y acompañamiento terapéutico por lo que el ejercicio físico no es una opción a pesar de sus múltiples beneficios. Se utiliza el ejercicio físico para combatir las enfermedades fisiológicas, pero no se le da tanta importancia cuando se habla de las enfermedades mentales, por lo que es importante describir y concientizar de la repercusión que tiene el ejercicio físico en la salud mental y como ayuda en su calidad de vida.

Ante lo antes planteado fue importante abrir la siguiente interrogante **¿Cuál es el beneficio del ejercicio físico en la salud mental?**

OBJETIVO

Describir los beneficios del ejercicio físico en la salud mental como una oportunidad de tratamiento para la depresión.

TEORÍAS DESARROLLADAS

Se presentan los siguientes estudios en que antecedieron a la investigación.

Oertel-Knöchel establece que el ejercicio físico practicado regularmente con un volumen de carga en promedio de 75 min por 4 semanas presenta una disminución significativa en la ansiedad y depresión.[2]

Rawson presenta que al practicar ejercicio físico regular en un periodo de 8 semanas de características progresivas logra disminuir los niveles de depresión.

Penninx logro disminuir los mismos niveles de depresión en el 23% de la muestra poblacional del grupo de intervención de capacidad aeróbica.[2]

Quist logró generar cambios en las variables físicas de capacidad aeróbica, disminución del nivel de ansiedad y una mejora en el parámetro de bienestar emocional.[2]

En relación con el curso vital y los cambios hormonales que se generan en estos, asociados al contexto y a los cambios fisiológicos, se encontró que la intensidad del ejercicio al 80% de la FCMax realizado de manera constante durante el último mes, presentan menos síntomas de depresión a diferencia de los jóvenes sedentarios.[2]

Cox realizó un protocolo de intervención en una población femenina en una sesión, realizando ejercicio aeróbico mediante un combate de 33 minutos teniendo como resultado una disminución significativa de la ansiedad.[2]

Pomp realizó un estudio mediante una intervención de Autorregulaciones, en donde se le pidió a los pacientes que realicen los ejercicios de rehabilitación durante las 6 semanas, a moderada y vigorosa intensidad, teniendo en cuenta los ejercicios de su preferencia obteniendo una disminución resultados en los síntomas depresivos.[2]

Branco realizó 72 sesiones de ejercicio en un periodo de 6 meses, realizando ejercicios aeróbicos (caminar y correr) y ejercicios de fuerza y flexibilidad. Todas las sesiones que constan de 10 minutos de calentamiento (calistenia y ejercicios de estiramiento), 20-30 minutos de caminata al 50-75% FCM y 10 minutos de enfriamiento (flexibilidad y ejercicios respiratorios). Encontrando una mejora significativa en pre y post prueba sobre los síntomas depresivos.[2]

Actualmente la figura del fisioterapeuta en salud mental en México no siempre está presente en las unidades de salud mental y todavía no se considera como parte del tratamiento en este tipo de trastornos, sin embargo, ya existen certificaciones y diplomados para esta especialidad de a fisioterapia. Se requiere capacitar al personal médico y al sector social a fin de no estigmatizar a la profesión y darle mayor importancia.

METODOLOGÍA

Fue un estudio de caso de tipo descriptivo con diseño de investigación no experimental transversal. Se utilizaron instrumentos cualitativos y cuantitativos en la valoración y revaloración.

TEORÍAS DESARROLLADAS

Valoración

Escala de conexión corporal: Se realizó la valoración el día 5 de enero de 2021 de la escala de conexión corporal, la escala se compone de 20 ítems que puntúan en una escala de 0 (“nada en absoluto”) a 4 (“todo el tiempo”) cuya finalidad fue valorar la conciencia corporal y la disociación corporal.

Los ítems más bajos (0, 1) se observaron en los enunciados de identificación y atención corporal, el puntaje intermedio (2) se dio en enunciados con situaciones incomodas y los puntajes altos (3, 4) se dieron en enunciados afectivos lo cual se interpreta que el paciente carece de atención a las señales sensitivas.

Test de Flamenco: El objetivo de este test era medir el equilibrio estático durante un minuto, el día 5 de enero de 2021 se le pidió al paciente que se colocara sobre una tabla de madera apoyándose únicamente de un pie, el paciente cayó 13 veces en un minuto, el resultado fue positivo ya que la prueba no se canceló por el número de repeticiones, lo que significa que el equilibrio se encuentra conservado.

Test de Cooper: Para este test se llevó al paciente a un campo de futbol para poder realizar la prueba, el objetivo era medir la capacidad aeróbica en una carrera continua durante 12 minutos, el paciente comenzó a correr a intensidad baja, pero se detuvo al minuto 3 habiendo recorrido 320 metros, durante los 9 minutos restantes estuvo corriendo, trotando y caminando, al finalizar la prueba recorrió 1287.48 metros, su VO2 fue de 17,477 vo2max, el resultado de la prueba es considerada como mala comparado con su edad y género. Para la valoración se utilizó la aplicación de Nike Run el día 5 enero de 2021.

Escala de Daniels: La valoración de la fuerza fue la última que se valoró, el paciente refirió que ya se encontraba cansado sin embargo se valoraron todos los grupos musculares poniendo resistencia, tomando en cuenta

que se encontraba cansado se obtuvo un +5 en grupos musculares superiores y un +4 en inferiores.

Escala de autoevaluación de Zung: Este instrumento fue aplicado como complemento de la valoración, es una escala que mide el grado de severidad de la depresión. El rango de calificación de esta prueba es de 20-80, el resultado final del paciente fueron 45 puntos, sin embargo, la escala interpreta el resultado como rango normal.

PROGRAMA DE EJERCICIO

Preescripción del ejercicio físico



SEXO: Femenino
EDAD: 32 años IMC: 21,05
PESO: 58 KG
ESTATURA: 1.66 CM

MÉTODO: Capacidad aeróbica

INTENSIDAD: Escala de esfuerzo de Borg 16/20 / FCM 60%: 112L x m

TIEMPO: 1 hora.
CALENTAMIENTO: 10 minutos
CUALIDAD: 40 minutos
ENFRIAMIENTO: 10 minutos

CICLO:
MACROCICLO: Enero- abril (4 meses)
8 semanas 60% FCM
8 semanas 70-80% FCM

FRECUENCIA: 3 veces a la semana

SESIÓN: CALENTAMIENTO

#1 Movilidad Articular- Lubricación Articular (20 Veces)



CUELLO: Flexión-extensión, lateralización izquierda-derecha, rotación izquierda-derecha.

HOMBROS: Circunducción, retropulsión- antepulsión.

BRAZOS: Flexo- extensión contralateral, abd-add.

TRONCO: Lateralización izquierda-derecha, rotación izquierda-derecha.

CADERA: Flexo-extensión izquierda-derecha.

PIES: Flexo-extensión izquierda-derecha.

#2 Activación Muscular- Estiramiento (6 Seg.)



Cuello
Tríceps
Bíceps
Deltoides
Pectoral
Abdomen
Espalda
Cuádriceps
Isquiotibiales
Gemelos

#3 Desplazamiento

Caminata 5 minutos

CUALIDAD



Resistencia (correr)
Tiempo: 30 minutos
Distancia: variada
Velocidad: media (mejorar en la práctica)

ENFRIAMIENTO

Estiramientos
Dosis: 30 segundos, 2 veces c/u.



Cuello
Tríceps
Bíceps
Deltoides
Pectoral
Abdomen
Espalda
Cuádriceps
Isquiotibiales
Gemelos

REVALORACIÓN

Se realizó la revaloración el día 26 de febrero de 2021, 8 semanas después de iniciar el programa y se obtuvieron los siguientes resultados:

Escala de conexión corporal
El paciente obtuvo el mismo resultado que en la valoración inicial, la puntuación de los ítems fueron los mismos en conexión corporal y de la disociación corporal; por lo que se observa que no mejoró en su percepción corporal, una posible explicación es que no se realizaron ejercicios de meditación o de conciencia corporal.

Test de flamenco
Al realizar la evaluación se notó que la paciente redujo su número de caídas a 8, por lo que se considera que tuvo una mejoría en esta área, gracias a la realización del programa de ejercicio.

Test de Cooper
En la revaloración se observó que el paciente mejoró significativamente su capacidad aeróbica, recorrió 1800 metros en 12 minutos, a velocidad baja pero constante con 28,943.8 vo2max, el resultado del test de Cooper se considera una capacidad aeróbica regular según su edad y género. Se compara los resultados:

Valoración	Metros	Tiempo	Pausa	Velocidad	VO2max	Resultado
Inicial	1287.48	12 min.	sí	baja	17,477	Mala
Revaloración	1800	12 min.	no	baja	28,943.8	Regular

Escala de Daniels
En la valoración, la fuerza fue lo último en valorarse por lo que en la revaloración se siguió el mismo orden. Se revaloraron todos los grupos musculares de nuevo, en esta ocasión la paciente comentó que no se encontraba agotada, el resultado de la escala de Daniels obtuvo un +5.

Escala de autoevaluación de Zung
En la revaloración se obtuvo una variante de 4 puntos, el resultado final del paciente fueron 41 puntos, la escala interpreta el resultado como rango normal, donde hubo cambio de puntaje fueron en los ítems donde el ejercicio influye.

VALORACIÓN FINAL

La valoración final se contempló realizar en mayo sin embargo no pudo llevarse a cabo, ya que no habían resultados que evaluar, pues la paciente dejó de realizar el programa de ejercicio por falta de ánimo y enfermó de COVID-19. Al pasar mucho tiempo en reposo los resultados obtenidos anteriormente se perdieron.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La motivación o la presión que ejerce la compañía en una persona con depresión a la hora de realizar ejercicio juega un papel importante en el apego al programa, ya que el paciente no tiene la voluntad para realizarlo sólo.

El tratamiento desde la fisioterapia en salud mental debe realizarse dentro de un trabajo multidisciplinario, que permite el abordaje sin reemplazar el tratamiento de otros profesionales, sino reforzándolo a través del trabajo en equipo. En ese sentido, se considera que ese reconocimiento solo se logrará a través de una correcta formación de los profesionales que asisten a estas personas.

Es importante que los pacientes con depresión trabajen primero en su confianza y autoestima teniendo un control terapéutico adecuado, para que el ejercicio físico sea una herramienta para evitar recaídas y reducir los síntomas de depresión y así mejorar la calidad de vida.

Aumentar la población de estudio profundiza los beneficios que el ejercicio físico proporciona y que se ven expuestos en esta investigación, facilitando así la práctica del ejercicio de una manera estructurada y contribuyendo a que más individuos accedan a la práctica.



Foto de Tembela Bohle en Pexels

*Pasante de la licenciatura en fisioterapia y actualmente tesista en Universidad Vizcaya de las Américas, campus Mérida.

Referencias

1.Promoción de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.

2.Delgado C et al. Efectos del ejercicio físico sobre la depresión y la ansiedad. Revista Colombiana de Rehabilitación [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2021]; V.18 N°2. Disponible en: https://orcid.org/0000-0002-1717-1020

3.Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021 [citado 1 marzo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

4.INCYTU. Salud mental en México. Ciudad de México: Foro Consultivo; 2018

5.Salazar J. Yucatán: Depresión, la nueva epidemia 2021, es necesario atenderla. Novedades Yucatán. 2021.

Buenos tratos en la pareja: qué es y la necesidad de visibilizarlo

Yanning Calderón Pérez



Foto de August de Richelieu en Pexels

Abstract

Good treatment is conceptualized as the ability of people to look after each other and satisfy mutual needs (García, 2012). Studies and measurements of good treatment have been carried out in health (Sanz, 2016), social (Arancena, Balladares, Román & Weiss), and educational contexts (Muñoz & Lucero, 2007). Nevertheless, there is no measurement to explain good treatment among couples. The aim of the study was to identify actions to develop a good treatment in couple relationship, for that reason it was considered the culture, contextual factors, and individual features.

Keywords: *good treatment, couple, adults, culture, affection.*

INTRODUCCIÓN

El Los seres humanos tienen la predisposición genética de satisfacer diferentes necesidades afectivas importantes, tales como el apego, cuidado, cariño, interdependencia, compañía y amor, las cuales son indispensables para garantizar su propia supervivencia como especie (Buss, 2006). Es por esta razón, que las personas tienen la capacidad de vincularse con otros (Fromm, 1959) y satisfacer las distintas necesidades propias y del otro (Yela, 2000).

Entre la forma más común de relación interpersonal que puede establecer una persona, se encuentra la relación de pareja (Díaz-Loving & Sánchez, 2002) definida como la unión de dos personas que establecen lazos amorosos de carácter íntimo, los cuales tienen la intención o no de durar; con o sin compromiso institucional (Valdés, 2007).

La pareja también ha sido descrita como una fuente de satisfacción y desarrollo (Díaz-Loving & Rivera, 2010), que incide en el bienestar del individuo y que contribuye a la adaptación, conformación y adecuación de la persona al mundo social (Brehm, 1997). En este sentido, la relación de pareja cumple con funciones socioculturales al transmitir normas y pautas sociales; y con funciones psicológicas para la persona.

Con respecto a ello, Valdés (2007) argumenta que dentro de las funciones sociales que se promueven y satisfacen en la pareja, se encuentran:

- **La obtención de beneficios económicos:** es una de las principales funciones que se ha preservado desde tiempos remotos en la vida de pareja, en donde para ambos integrantes de la relación romántica existe un beneficio mutuo, y hace referencia al hecho de compartir los gastos del hogar y el desempeñar funciones para proveer el hogar.
- **La división de roles:** vinculado al punto anterior, esta función expresa que se requiere garantizar un adecuado ajuste dentro de la pareja, donde tanto hombres como mujeres desempeñen funciones de proveedores y cuidadores, evitando de esta manera la sobrecarga de roles sobre las personas.
- **La satisfacción de expectativas sociales:** dicha función surge al considerarse a la pareja como una de las instancias donde se cumplen y transmiten los distintos valores, creencias y normas de la cultura esperadas para los hombres y las mujeres.

Yela (2000), por su parte expresa que en la relación de pareja las necesidades psicológicas básicas que se satisfacen son:

- **La necesidad de intimidad interpersonal,** se refiere al acto de conocer completamente al otro (tanto cualidades y debilidades) y darse a conocer íntimamente a la persona amada, generando de esta manera un vínculo afectivo y de confianza donde la persona es capaz de autodivulgarse.
- **La necesidad de afiliación**, esta necesidad se vincula con el deseo de formar una familia y de establecer una relación amorosa. Es la necesidad considerada frecuentemente como el punto de partida de las relaciones íntimas.
- **La necesidad de entrega**, definida como la capacidad de compartir con la persona amada todo aquello que se posee de forma material y de manera personal. Asimismo, implica buscar en la otra persona aquello de lo que se carece, como una forma de complementarse y tomar como recurso a la otra persona.
- **La necesidad de compartir**, que implica la capacidad de compartir con el otro las necesidades, emociones, ideas, valores, sensaciones, preocupaciones, intereses, etcétera. De esta forma la pareja funge como un espacio de compartir con el otro la realidad del ser.
- **La necesidad de cuidar a alguien**, descrita como el deseo de sentir que existe una persona que requiere de nuestro apoyo emocional, atención y protección para garantizar su bienestar.
- **La necesidad de asistencia y protección**, la cual hace referencia al deseo de contar con alguien que brinde apoyo y estabilidad en situaciones difíciles o peligrosas.
- **La necesidad de afirmación de nuestro valor**, que hace hincapié en el deseo de que exista una persona que haga sentir al otro importante, único e insustituible. Es una manera en la que la persona se percibe valiosa y admirada por parte del otro.

De igual manera, Yela (2000) refiere que la relación de pareja contribuye a la satisfacción del placer sexual, al reconocimiento social, al incremento de la autoestima, al sentido de pertenencia y a la disminución de la ansiedad.

Del mismo modo, Valdés (2007) afirma que la relación de pareja repercute favorablemente en la felicidad personal, en el bienestar psicológico, en la salud mental y física; y en la manera como se percibe a sí misma la persona.

PROBLEMÁTICA Y OBJETIVO

Partiendo de las premisas anteriores y debido a la importancia de la relación de pareja en el individuo, resulta relevante su estudio y conocer cuáles son aquellas variables que influyen en su construcción positiva.

Al respecto, diversos autores han planteado teorías que abordan aquellas características de las relaciones de pareja positivas, tales como Sternberg (1988) en su teoría triangular del amor, Bowlby (1973) en la teoría del apego, Prager (1995) en la teoría de la intimidad y Sanz (2016), quien propone un modelo de buenos tratos para las relaciones interpersonales, obra que se retoma en el presente texto.

Objetivo: Por ende, el propósito del presente ensayo fue identificar acciones que promuevan el desarrollo del buen trato en la relación de pareja, esto considerando los diferentes niveles propuestos por Sanz (2016) y los elementos claves de un buen trato (Asociación Convenio del Buen trato & Fundación Antonio Restrepo, 2012).

TEORÍA REVISADA

Sanz (2016) define al buen trato como un deseo de vivir en equilibrio, paz y armonía. Considera a este constructo como una forma de expresión de respeto y de amor hacia la otra persona y hacia el entorno. García (2012) añade como parte de la conceptuación del buen trato la capacidad de las personas para cuidarse entre ellas y hacer frente a las necesidades personales propias y del otro, manteniendo siempre una relación afectiva y de amor. Es un conjunto de sentimientos, comportamientos y representaciones que constituyen la realidad del amor e influyen en la presencia de los buenos tratos. Por su parte, Iglesias (2004), describe que establecer relaciones basadas en un buen trato generan satisfacción y bienestar entre quienes interactúan. Además, favorece el crecimiento personal de cada integrante de la díada.

En síntesis, se puede decir que el buen trato en las relaciones implica un cuidado mutuo, donde se procura la satisfacción equilibrada de las distintas necesidades de sus integrantes, haciendo énfasis de esta forma en la reciprocidad y equidad dentro de la relación. Dicha interacción basada en el cuidado, amor y respeto promueve un sentimiento mutuo de reconocimiento y validación, lo que genera satisfacción y bienestar entre los integrantes de la relación. Dichas características de un buen trato impactan de forma positiva en las personas, por lo que resulta necesario su construcción y desarrollo.

Con respecto a la promoción y construcción de relaciones de buen trato, Sanz (2016) menciona la necesidad de considerar sus tres niveles en donde se gesta: el social, el relacional y el interno.

1. **El nivel social** hacer referencia a la tradición cultural y a la sociedad que determinan e influyen en los roles y conductas que muestran hombres y mujeres en sus relaciones interpersonales. Comprende aquellos mitos, ritos, símbolos, tabúes, valores, creencias que van integrando una filosofía que rige la vida de las personas y que además se van transmitiendo de generación en generación a través de los agentes de socialización (Sanz, 2016). En México, existen diversas creencias y normas vinculadas a lo que debe hacer el hombre (por ejemplo, mostrarse agresivos, proveedores, evitar expresar sus emociones) y la mujer (tales como mostrarse empáticas, amorosas, sacrificarse y dedicarse a la vida familiar) dentro de sus relaciones, sin embargo, estas con frecuencia pueden disminuir la presencia de los buenos tratos y socavar al uso de situaciones de abuso o de violencia en la relación romántica, por lo que la atención de este aspecto es de carácter vital para contrarrestar dichas situaciones.

2. **El nivel relacional** se refiere a la reproducción de roles y de relaciones que son parte de la cultura en donde se desenvuelve la persona (Sanz, 2016). Esta autora indica que, en el caso de la pareja, para hablar de buenos tratos resulta necesario que cada integrante pueda expresar abiertamente sus aspectos emocionales, dejando de lado aquellos guiones sociales que pueden perjudicar a la relación romántica, así como colocar límites en la relación.

3. **El nivel interno** comprende cómo cada persona a través de la socialización se apropia e interioriza aquellos valores, roles, normas y demás que aprende del contexto cultural donde habita; y como a partir de esto se relaciona consigo mismo (Sanz, 2016). Los valores y normas culturales se convierten en guiones individuales que impactan la propia conducta, pensamiento y sentir de las personas, lo que contribuye en la manera de conceptualizarse y valorarse así mismo.

Vinculado a lo anterior, la Asociación Convenio del Buen trato y Fundación Antonio Restrepo (2012) añaden que existen cinco elementos claves que matizan las relaciones basadas en un buen trato, los cuales son: el reconocimiento, la empatía, la interacción igualitaria, la comu-

nicación y la negociación, descritos a continuación:

Reconocimiento: es el punto de partida para propiciar los buenos tratos en las relaciones interpersonales. Se trata de la capacidad de "darse cuenta" de que, tanto uno, como la otra persona existen, y además cada una de ellas tiene características, intereses, necesidades y formas de expresión distintas que son tan importantes como las propias. Se podría considerar como la esencia del respeto. El reconocimiento permite ver a las personas de una manera integral (identificando tanto los aspectos positivos como las debilidades de cada persona) y a partir de ello aceptar y respetar su individualidad.
Empatía: se define como la capacidad que tiene cada individuo de darse cuenta, entender y comprender qué siente, cómo piensa y por qué actúa cómo lo hace la otra persona con quien se establecen relaciones. Esta capacidad sólo es posible desarrollarla si se ha reconocido al otro, puesto que ello implica la comprensión de las individualidades. Dicha empatía se desarrolla sobre la conciencia de uno mismo, es decir, cuanto más abierto se esté a reconocer y expresar los propios sentimientos, con mayor facilidad se podrá aceptar y reconocer los sentimientos de los demás.

Interacción igualitaria: este tercer elemento del buen trato se basa en el reconocimiento y la empatía, y se refiere al uso adecuado de las jerarquías y del poder en las relaciones humanas. Considera que la relación es de carácter bidireccional, lo que permite que tanto el uno como el otro se reconozcan y expresen la capacidad de encontrarse con las demás personas y responder de manera adecuada a los sentimientos, necesidades y preocupaciones propias y de la otra persona. Siendo de esta forma una expresión de reciprocidad y de equidad.

Comunicación: es el uso del diálogo e incluye todas aquellas formas verbales y no verbales que las personas utilizan para expresar sus deseos, pensamientos, necesidades, sentimientos e ideas a los otros. La comunicación comienza con un emisor, quien envía un mensaje a un receptor; y la comunicación se vuelve continua cuando el receptor brinda una respuesta. Los mensajes que se intercambian durante la comunicación con la otra persona tienen un propósito, por ende, se precisa de dos capacidades fundamentales: el saber expresarse con seguridad y el saber escuchar sin juzgar. Cabe mencionar que, para ser un verdadero diálogo, el aspecto de la comunicación ha de basarse en los tres elementos anteriores (reconocimiento, empatía e interacción igualitaria).

Negociación: es la capacidad de resolver conflictos en forma que todas las partes involucradas queden satisfechas, es decir, implica un ganar-ganar y no existen perdedores. Para ello, es fundamental reconocer que las características, intereses, necesidades y puntos de vista de todos son igualmente importantes, sin minimizar alguna, por lo que se requiere de construir un ambiente de tolerancia y de respeto por las diferencias.

Con base en lo anterior, se puede decir que se tiene claro cómo se construyen las relaciones de buen trato y cuáles son sus elementos claves. Aunado a ello, también se ha identificado como promocionar este constructo en diferentes tipos de díadas interpersonales, tales como la relación madre e hijo, entre grupos de pares y en el ejercicio profesional, sin embargo, aún resulta relevante identificar cómo generar un buen trato en la diada romántica, esto debido al impacto que tiene la relación de pareja en el bienestar y salud mental del individuo, por lo que a manera de reflexión enseguida se comparten algunas conclusiones tomando en cuenta los diferentes niveles propuestos por Sanz (2016) y los elementos claves del buen trato (Asociación Convenio del Buen trato & Fundación Antonio Restrepo, 2012) para su promoción:

Buenos tratos en la pareja a nivel social

1. Resulta necesario identificar y visibilizar aquellos roles, creencias y normas determinados para hombres y mujeres que pueden propiciar la presencia de violencia y el ejercicio inadecuado del uso de poder dentro de la relación romántica, con la finalidad de crear conciencia de que su perpetuación genera daño en el bienestar de las personas y consecuencias costosas a nivel de salud pública.

2. Proponer políticas y legislaciones que protejan e incidan en que tanto hombres y mujeres puedan acceder a oportunidades de salud, educación, etcétera. De esta manera, será podrá reducir la sobrecarga de roles, donde frecuentemente se coloca al hombre como el proveedor y a la mujer como cuidadora.

3. Vinculado al punto anterior, se requiere que en la propia comunidad se identifiquen aquellos espacios o recursos internos (instituciones de salud, educativas, deportivas, públicas o privadas) que permitan que hombres y mujeres tengan acceso a las mismas oportunidades y sobre todo puedan desarrollar sus capacidades.

4. Se requiere favorecer en la comunidad diferentes valores y prácticas que contribuyan a la presencia de habilidades y actitudes, tales como la resolución de conflictos, la comprensión y empatía hacia el otro, la negociación, la comunicación asertiva, la equidad y el ejercicio de los derechos humanos. La presencia de estas actitudes y habilidades contribuirá a vernos como recursos, donde es posible apoyarse y crecer.

5. Generar espacios comunitarios, a manera de acompañamiento, donde se transmitan y enseñen de forma práctica estos valores, en ocasiones se siguen perpetuando situaciones de violencia debido a la falta de información y la carencia de experiencias que impiden desaprender viejas formas de relacionarse y aprender otras nuevas basadas en los buenos tratos.

Buenos tratos en la pareja a nivel relacional

1. En la relación de pareja, es necesario tener presente en la interacción cotidiana las características individuales (tanto fortalezas como debilidades) y un conocimiento profundo de las necesidades mutuas de ambos integrantes, ya que a partir de este reconocimiento será posible relacionarse con el otro desde una mirada empática, basada en la comprensión, cuidado, equidad, respeto y escucha. Asimismo, se podrá considerar y responder a las necesidades emocionales, físicas, cognitivas, psicológicas y sociales de cada miembro.

2. El reconocimiento mutuo de los integrantes, también fomenta el establecimiento de límites en la relación, los cuales son necesarios para la conservación de la propia identidad y para el establecimiento de espacios compartidos.

3. En la pareja, resulta saludable tener espacios en común, para contribuir a la interacción, conocimiento y crecimiento como pareja; pero también es indispensable tener espacios propios, para conservar la identidad, satisfacer necesidades y experimentar el amor propio.

4. Es necesario aprender a negociar y solucionar conflictos en la relación de pareja, para evitar situaciones de abuso de poder que deterioren el bienestar individual y de la relación. Eso significa escuchar con comprensión a la otra persona y dialogar para establecer acuerdos que beneficien a ambas partes. Negociar también es una manera de manejar la frustración, lo que abre paso a la flexibilidad y a la empatía.

5. Validar las emociones de la otra persona, acompañarlo en su manejo y mostrarse comprensivo es clave en las relaciones basadas en los buenos tratos, es una manera de dignificar, cuidar, responder y escuchar las necesidades emocionales.

6. Comprender que la reciprocidad en la relación de pareja no es significado de dar exactamente lo mismo que se recibe, sino dar a partir de los propios recursos personales, y tener la disposición de recibir a partir de las características individuales del otro, esto dentro del marco del respeto y la equidad.

Buenos tratos en la pareja a nivel interno

1. Identificar aquellas creencias y normas culturales que se permean en la relación con uno mismo y que pueden provocar un maltrato, generando inseguridad, desconfianza y colocándonos en situaciones de abuso.

2. Realizar acciones que favorezcan el autocuidado, como una manera de expresarse a si mismo amor y respeto. También es una manera de procurar el bienestar y la salud en todos los sentidos.

3. Conocer y confiar en las propias cualidades para compartir con la otra persona y desarrollarse con plenitud. Del mismo modo, asumir con responsabilidad las debilidades, con la finalidad de atenderlas, equilibrarlas y ser mejores. El conocerse integralmente permite relacionarse con uno mismo desde la empatía y propicia la aceptación amorosa, además da pauta para la reconciliación con uno mismo.

4. Validar y atender las propias emociones, como una forma de escucha, de negociación y de empatía, lo que permitirá la convivencia comprensiva y amorosa con uno mismo y el autoconocimiento.

5. Conocer las limitaciones a nivel individual (es decir, qué permito y que no, qué es negociable y qué no) y tener claro aquello saludable y no saludable en la pareja, esto propiciará una convivencia equilibrada y armoniosa que garantice la salud mental de la persona, ya que se evita experimentar situaciones de maltrato. De esta manera, es posible vivir la relación de pareja como un espacio de crecimiento y de confort.

6. Tener diferentes redes de apoyo y espacios para satisfacer las necesidades de la persona.



Imagen cortesía de Pixabay.

Reseña curricular

Estudió la licenciatura en Psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. Posteriormente cursó la maestría en Psicología escolar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es candidata a doctora en Psicología Social en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ha sido docente tanto en la modalidad en línea como presencial, a nivel licenciatura y posgrado, con un aproximado de 5 años de experiencia en donde ha desempeñado diversas funciones como revisora de tesis, capacitar personal docente y de la comunidad estudiantil, generar proyectos de investigación y realizar diseño instruccional. Ha participado en diferentes proyectos de investigación e intervenciones comunitarias de la UNAM e independientes, cuyos objetos de estudio han sido la parentalidad positiva, los buenos tratos, violencia y temas relacionados a la educación, infancia y pareja. Ha colaborado con instituciones educativas y de salud brindando servicio psicológico, capacitación, intervención y orientación. Ha participado en diferentes congresos internacionales y nacionales como ponente, tallerista y como parte del comité organizador. Asimismo, ha participado en distintas entrevistas para la promoción de la salud mental en diversos medios de comunicación y publicado artículos vinculados con el tema.

Referencias

1.Asociación Convenio del Buen trato y Fundación Antonio Restrepo (2012). El Buentrato en la familia y en la escuela: crecer y aprender con amor, placer y respeto. Bogotá: Fundación Restrepo Barco.

2.Brehm, S. (1997). Intimate relationships. E.U.A.: Mc Graw Hill.

3.Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: separation, anxiety and anger. Nueva York: Basic books.

4.Buss, D. (2006). Evolutionary psychology. The science of the mind. Upper Saddle River, NJ: Allyn & Bacon.

5.Diaz-Loving, R. y Rivera, S. (2010). Antología psicosocial de la pareja. Clásicos y contemporáneos. México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.

6.Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (2002). Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja. México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.

7.Fromm, E. (1959). El arte de amar. México: Paidós.

8.García, J. (2012). Aplicación de los Derechos de los niños como buen trato para prevención del maltrato. En J. García & V. Martínez (Eds.), Guía práctica del buen trato al niño (pp.189-200). Madrid: IMC.

9.Iglesias, M. (2004). Guía para trabajar el tema del Buentrato con niños y niñas. Recuperado de: http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/conviv/ce_iglesias.pdf.

10.Prager, K. (1995). The psychology of intimacy. New York: The Guilford Press.

11.Sanz, F. (2016). El buentrato como proyecto de vida. Barcelona: Kairós.

12.Sternberg, R. (1988). El triángulo del amor. México: Paidós.

13.Valdés, A. (2007). Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. México: Manual moderno.

14.Yela, C. (2000). El amor desde la psicología social. Ni tan libres ni tan racionales. España. Ediciones Pirámide.

Cambios de la composición corporal generados por la intensidad del ejercicio físico

Kú Chalé Víctor Benjamín, Toache Ruíz Jacobo



Foto de Victor Freitas en Pexels

Abstract

The main objective of this study is to identify the changes in body composition generated by the intensity of physical exercise in women between 18 and 45 years of age who attend the Fitgym Damas gym, located in Kanasín, Yucatán.
The study will last 3 months.
The data of weight, height, waist circumference, hip and body composition will be taken through bioimpedance to 20 women (adults)
They will undergo a Brzycki strength test (Martínez-Cava, 2017) to determine their maximum repetition (1 RM) and the intensity of work to be performed.
Every month the analysis of the body composition and the strength test will be carried out to change the exercise routine and avoid anatomical adaptation.

Keywords: *body composition, physical exercise, intensity.*

INTRODUCCIÓN

El análisis de la composición corporal constituye una parte fundamental en la valoración del estado nutricional (Jiménez E. G., 2012), es un método que permite describir de qué está hecho el cuerpo. Incluye grasa, proteínas, minerales y agua corporal. También describe el peso de forma más precisa que el índice de masa corporal (IMC) y los cambios en masa grasa, masa muscular esquelética y porcentaje de grasa visceral.

A su vez, en los últimos años, se ha comprobado que el cambio de la composición corporal por un exceso en la acumulación de grasa está estrechamente relacionado con el riesgo de sufrir diferentes enfermedades, tales como problemas cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2, ciertos tipos de cáncer, dislipidemia, síndrome metabólico, alteraciones en el sistema inmune, etc. (González Calvo, 2011)

En cuanto a las estrategias para el combate de estas patologías se encuentra la mejora de los factores de riesgo modificables como son la dieta, estilo de vida y actividad física. (Jiménez, 2004)

Sin embargo, en México, el 81.1% de las actividades registradas de la población durante el día (16 horas) son sedentarias (dormir, estar sentado frente a la pantalla, transporte inactivo). Lo anterior sugiere una importante contribución al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas a causa de la inactividad física. En nuestro país el 17.4 % de los adultos son inactivos. (Ávila, 2015)

Asimismo, estudios recientes, han demostrado que los problemas de mortalidad y morbilidad asociados al excesivo porcentaje de grasa se reducen drásticamente cuando se incrementan los niveles de actividad física. (Pérez-Ventana, 2016)

Hay que mencionar además que entre las recomendaciones mundiales de la OMS (2020), sobre actividad física para la salud se ha hecho uso de los conceptos de frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física necesaria para mejorar la salud y prevenir las enfermedades no transmisibles.

Definiendo la intensidad como ritmo y nivel de esfuerzo que conlleva la actividad; grado en que se realiza una actividad o magnitud del esfuerzo necesario para realizar una actividad o ejercicio y que puede influir en cambios en el peso y composición corporal. (OMS, 2010)

No obstante, y desde la perspectiva de la presente investigación se considera que no existe suficiente información acerca de la intensidad de la actividad física que pueda influir en generar cambios en la composición corporal.

PROBLEMÁTICA

La práctica diaria del ejercicio físico como estilo de vida saludable, tiene diversas ventajas entre las cuales se encuentra la disminución de sufrir enfermedades crónico degenerativas no trasmisibles, pero a pesar que los beneficios de la actividad física y pese a la apertura de nuevos espacios para su realización, como lo son los gimnasios, se ha observado un aumento en la deserción de esta práctica, creciendo cada vez de manera más preocupante, este fenómeno es más evidente en las mujeres.

Entre las causas más frecuentes del abandono de la práctica del ejercicio en los gimnasios se encuentran, la frustración por no obtener los resultados en su cambio de composición corporal, miedo a lesionarse, creer que al realizar ejercicios de fuerza con mayor carga de peso pueden desarrollar demasiada masa muscular y adquirir una imagen masculina, la falta de entrenamientos adecuados, entre otros.

La realización de un análisis de la composición corporal y la determinación de los niveles de intensidad nos permitirán evaluar el estado actual de las mujeres que realizan ejercicio físico, con la finalidad de poner en marcha estrategias que promuevan la adopción de estilos de vida saludables, entrenamientos adecuados y por consiguiente contribuyan a mejorar la calidad de vida, prevención de enfermedades crónico degenerativas no transmisibles y generar cambios en su composición corporal.

OBJETIVO

Identificar la relación entre la intensidad del ejercicio físico y los cambios en la composición corporal en las mujeres de 18 a 45 años de edad de Kanasín, Yucatán.

LÍMITE TEMPORAL Y ESPACIAL

La investigación se realizará en el municipio de Kanasín, ubicado en la región metropolitana de Mérida, Yucatán.

La muestra está compuesta por 20 mujeres de 18 a 45 años de edad que realizan ejercicio físico en el gimnasio Fit-gym damas, ubicado en la calle 19 número 180 x 34 y 36 de la colonia Pablo Moreno.

La intervención tendrá una duración de 12 semanas (3 meses), con una frecuencia de entrenamiento de 4 veces por semana.

METODOLOGÍA

La presente investigación es cuantitativa de tipo experimental longitudinal comparativo.

INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Con anticipación, se realizará una revisión de la base de datos del gimnasio para elegir a los sujetos de estudio (anexo 1). Los sujetos entregarán un certificado médico y la firma de consentimiento informado (anexo 2); posteriormente, se tomará las mediciones del peso, talla, circunferencia de cintura y cadera se utilizará como base el protocolo the International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK), para el análisis de la composición corporal por impedancia bioeléctrica se utilizará la báscula Tanita modelo bc-568, que evalúa el peso corporal, % agua corporal total, densidad ósea, % masa grasa corporal, masa libre de grasa y tasa metabólica basal. Cabe recalcar que previo a pasar a la báscula a las participantes se les realizará la toma de talla con un estadímetro Avanutri y para las circunferencias de cintura y cadera se empleará la cinta antropométrica Lufkin.

Antes de iniciar las mediciones se les solicitó que no portara ningún accesorio metálico en la vestimenta (cinturón, monedas, medallas, pulseras, anillos, aretes, etc.) o cualquier otro artefacto que pudiera interferir con el análisis (teléfono celular, lentes, zapatos, calcetas).

Talla

La medición de talla, estatura o altura se realizó con el sujeto de pie, sin zapatos, completamente estirado, colocando los pies paralelos y con los talones unidos (apoyados en el borde posterior) y las puntas ligeramente separadas, los glúteos, hombros y cabeza en contacto con el plano vertical posterior.

La cabeza ubicada en el plano de Frankfurt, que une el borde inferior de la órbita de los ojos y el superior del meato auditivo externo.

Los brazos permanecen colgantes a lo largo de los costados con las palmas dirigidas hacia los muslos.

La pieza horizontal, se le pide al sujeto realizar una inspiración profunda, lo mantenga y el móvil del tallímetro se baja hasta hacer contacto con la cabeza del individuo, presionando ligeramente el cabello, tomándose la medida. (Esparza Ros, 2019)

Circunferencia de cintura

Se medirá la circunferencia del abdomen con el sujeto de pie con el contorno del abdomen en estado de relajación con los miembros superiores cruzados sobre el tórax y las manos apoyadas en los hombros y con los pies juntos, la medida se toma en el punto medio entre el borde lateral costal inferior y la cresta iliaca. La respiración es normal y la medición se realiza al final. (Esparza Ros, 2019)

Circunferencia de cadera

Durante la medición el sujeto debe estar de pie con los pies juntos, los brazos cruzados en el tórax, las manos sobre los hombros y los glúteos relajados. Se realiza la medición del perímetro del glúteo a nivel de prominencia posterior máxima, perpendicular al eje longitudinal del tronco. (Esparza Ros, 2019)

Peso y composición corporal

Se determinó en primera instancia la precisión de la báscula Tanita modelo BC-568, equipo para análisis corporal, se realizó la programación introduciendo datos como la edad, talla, sexo y modo atleta.

La medición se realizó en la mañana, en ayunas, con el mínimo de ropa posible, sin accesorios y con la vejiga vacía. Se les pidió a las participantes mantenerse estáticas, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, sosteniendo con las manos los electrodos de metal y de pie sobre la báscula, sin apoyarse en ningún sitio. (J.R. Alvero-Cruz, 2011)

División de grupos

Para fines del estudio se dividió a la población en 2 grupos de 10 personas cada uno, grupo A y grupo B (anexo 3.)

Donde el grupo A realizará el plan de entrenamiento con intensidad muy baja a baja y el grupo B con intensidad moderada y alta.

Los ejercicios serán explicados por los investigadores de manera clara y concreta, de forma sistemática, esto es, organizado y relacionado adecuadamente en función de la dinámica de los estímulos de intensidad y las necesidades de recuperación debidamente individuali-

zada para cada participante.

Test de un repetición máxima (1RM.)

Para determinar el peso a utilizar en el programa de entrenamiento es necesario realizar el test de fuerza de una repetición máxima (1RM).

Según Haff y Triplett (2016), puede ser definida como la mayor cantidad de peso que se puede levantar con una técnica correcta una sola vez en un determinado ejercicio y a partir de aquí se puede dosificar las cargas de entrenamiento para el objetivo determinado.

Para realizar dicho test utilizaremos la fórmula de Brzycki (Martínez Cava, 2017), es un método indirecto para evitar intensidades muy altas durante la prueba, ya que se ejecuta con intensidades submáximas.

La más precisa cuando el número de repeticiones hasta el fallo es igual o menor a 10.

1rm= _____ peso levantado en el test _____
1.0278 - (0.0278 x núm. de repeticiones hasta el fallo.)

La unidad de medida del "peso levantado en el test" puede ser consignado en kilogramos (kg), libras (lb), etc. pero se debe tener en cuenta que el resultado de la ecuación será en esa misma medida. En cuanto al "número de repeticiones hasta el fallo", solo debe colocarse el número ya que no posee unidad de medida. (W.Earl, 2007)

El test de 1rm (anexo 4) se realizará antes de la elaboración del plan de entrenamiento para determinar las cargas adecuadas, los periodos de descanso y de ejecución del ejercicio repitiéndose en el plan de entrenamiento del segundo y tercer mes.

PLAN DE ENTRENAMIENTO FÍSICO

Una vez recolectados los resultados del test de repetición máxima (1 RM), se procederá a la prescripción del ejercicio bajo un plan de entrenamiento, formato previamente elaborado y entregado a la participante.

Dicho plan de entrenamiento físico es un modelo sistemático y detallado para que cada participante pueda realizar el ejercicio físico de manera correcta y eficiente en función de las características físicas (anexo 5), siendo modificado después del primer y segundo mes de entrenamiento, incluyendo nuevos ejercicios, repeticiones y cargas para cada grupo muscular, evitando la adaptación al entrenamiento.

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DIARIO

Para poder realizar un seguimiento efectivo a las participantes, se les entrego un registro de entrenamiento diario (anexo 6) este es un documento donde se registra la actividad realizada de entrenamiento diario, asegurando que un cambio en el rendimiento se pueda explicar, también en cuanto al tiempo requerido para el calentamiento, estiramientos, descanso entre ejercicios y series, los ejercicios realizados y las observaciones u obstáculos que se encontró (Frutos, 2013). Este documento de control y análisis es el complemento de los planes de entrenamiento que recibe el participante. Este se realizará de forma sistemática para el resto del estudio.

Al termina el periodo de tiempo establecido, se realizará una evaluación final para obtener la comparativa y posteriormente los resultados (anexo 7.)

TEORÍAS REVISADAS

Se presentan los estudios que antecedieron la investigación:

El Colegio Americano de Medicina Deportiva ACSM (por sus siglas en inglés, American Heart Association) señala que, al realizar una práctica física adecuada, además de la posible pérdida de peso, se mejoran la composición corporal y, a su vez, aumentan los niveles en parámetros cardiovasculares y fuerza muscular.

En un estudio realizado por Restrepo y colaboradores (2003) se evaluó el efecto de la actividad física sobre el peso y la composición corporal de 138 mujeres posmenopáusicas sedentarias sanas.

Según sus hallazgos, la actividad física es una alternativa para mejorar la composición corporal de personas con sobrepeso y mucha acumulación de grasa cuando es difícil reducir la ingesta energética. Además, puede ser igualmente útil en hombres y mujeres que, sin presentar sobrepeso, tienen exceso de grasa y un déficit de masa metabólicamente activa.

Otro estudio realizado por Gómez-Figueroa (2017) donde se investigó los beneficios de la actividad física, entrenamiento intervalo y entrenamiento continúo moderado en adultos sedentarios y físicamente activos. Los resultados de las investigaciones con sujetos sedentarios que utilizaron el entrenamiento intervalado (EI) y el entrenamiento continuo (EC) indican que ambos métodos promueven la salud significativamente, se establecen mejorías en niveles periféricos y adaptaciones centrales. Además, cuando se ha comparado el EI vs. EC sus resultados han mostrado el mismo efecto a nivel del organismo humano; ambos métodos pueden ser útiles al emplearlos en la prescripción del ejercicio físico con una distribución ideal de carga específica para cada sujeto.

Medrano (2014) investigó la Intervención del ejercicio físico aeróbico y de fuerza en el tratamiento de la obesidad, la mejora cardiorrespi-

ratoria y composición corporal. Los resultados tras la intervención de 8 semanas de ejercicio físico aeróbico y de fuerza en una persona con obesidad y sin patologías asociadas ha habido mejoras en casi todos los objetivos planteados de capacidad cardiorrespiratoria, composición corporal, niveles de fuerza, marcadores bioquímica y adquisición de hábitos de vida más activos; siendo un programa efectivo para el inicio del tratamiento de la obesidad, a pesar de del escaso tiempo de la intervención y no hacerse una intervención nutricional.

En la actualidad, uno de los errores que se comete a menudo en los gimnasios es el realizar siempre los mismos ejercicios y la misma rutina de entrenamiento.

El miedo a salir de la zona de confort provoca que no haya modificaciones en la composición corporal. El cuerpo necesita estímulos para seguir progresando y esto solo lo conseguiremos intercalando diferentes intensidades y tareas. Por otro lado, la monotonía produce aburrimiento y, por consiguiente, aumenta el riesgo de abandono.

ANEXOS

#	NOMBRE COMPLETO.	EDAD	DIRECCIÓN	NO. TELEFÓNICO	CORREO ELECTRÓNICO	PESO CORP.	TALLA	CIRC. DE CINT.	CIRC. DE CAD.	PORC. GRASA CORPORAL	PORC. MASA MUSC.
1											
2											
3											
4											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Anexo 1. Base de datos

Kanasín, Yucatán a ____ de _____ de 2021.

Consentimiento Informado.

Yo _____

declaro que he sido informada e invitada a participar en una investigación denominada "RELACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DEL EJERCICIO FÍSICO CON LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN MUJERES DE 18 A 45 AÑOS EN KANASÍN, YUCATÁN", éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la UNIVERSIDAD VIZCAYA DE LAS AMÉRICAS, CAMPUS MÉRIDA.

Entiendo que este estudio busca conocer LOS CAMBIOS DE LA COMPOSICION CORPORAL GENERADOS POR LA INTENSIDAD DEL EJERCICIO FÍSICO y sé que mi participación se llevará a cabo en el gimnasio FIT GYM, ubicado en KANASÍN, YUCATÁN, en el horario QUE MEJOR ME ACOMODE y consistirá en REALIZAR EJERCICIO FISICO EN INTENSIDADES BAJA, MUY BAJA Y MODERADA ALTA. La duración de la investigación es de TRES MESES Y LAS SESIONES DE ENTRENAMIENTO SERÁ DE ALREDEDOR DE 60 MINUTOS, CUATRO DIAS A LA SEMANA. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que LOS CAMBIOS GENERADOS EN LA COMPOSICION CORPORAL Y MIS DATOS PERSONALES no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sé que esta información podrá beneficiar de manera directa y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que AL INICIAR LA INVESTIGACION NO PUEDO NEGAR MI PARTICIPACIÓN O RETIRARME EN CUALQUIER ETAPA DE LA INVESTIGACIÓN.

Sí acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Nombre y firma de la participante: _____

En caso de presentarse alguna duda o pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con el P.L.N. Jacobo Toache Ruiz, tel. cel. 996105838 y/o con el P.L.N. Víctor Benjamín Kú Chalé, tel. cel. 9991586728, ambos encargados del proyecto de investigación.

Anexo 2. Consentimiento informado

	GRUPO A.	GRUPO B.
No.	Nombre completo.	Nombre completo.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Anexo 3. División de grupos

EJERCICIO.	REPETICIONES.	PESO (KG).	1 REPETICIÓN MÁXIMA (1RM)
Femoral en máquina acostada.			
Desplantes con mancuerna caminando			
Puentes con barra libre o Smith			
Sentadilla tipo sumo con mancuerna			
Peso muerto rumano con barra			
Pantorrilla en máquina sentada			
Press inclinado con mancuerna			
Elevaciones laterales c/m			
Press militar			
Elevaciones al frente en polea baja			
Remo sentado en polea baja agarre V			
Jalones al pecho agarre abierto			
Curl de bíceps con barra recta			
Extensión de tríceps con cuerda			
Sentadilla con barra libre o Smith			
Extensión de piernas en máquina			
Prensa pies abiertos, arriba			
Sentadilla búlgara con mancuerna			
Patadas en polea baja con grillete			
Pantorrilla parada en máquina.			
Aperturas en máquina			
Jalones al pecho agarre cerrado V			
Pullover en polea alta con barra			
Press de hombro con mancuerna			
Pájaros con mancuerna			
Remo vertical en polea baja			
Curl de bíceps con mancuerna			

Anexo 4. Evaluación de fuerza máxima (1-RM.)

NOMBRE: _____ GRUPO: _____
FECHA DE INCIO: _____
FECHA DE FINALIZACIÓN: _____
DURACIÓN EN SEMANAS: _____

NO. DE EJERCICIO.	EJERCICIO.	1 REPETICIÓN MÁXIMA (1RM)	% DE CARGA NO. DE REPETICIONES NO. DE SERIES	PESO SEMANA 1	INTERVALO DE DESCANSO (ID) MINUTOS.

Anexo 5. Plan de entrenamiento

Registro de entrenamiento.

NOMBRE:		
GRUPO:	PLAN DE ENTRENAMIENTO No. :	SEMANA No. :

	Lunes ___	Martes ___	Miércoles ___	Jueves ___	Viernes ___	Sábado ___	Domingo ___
Hora de inicio.							
Hora final.							
Realizaste calentamiento. Duración.	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____
Realizaste estiramientos. Duración.	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____
Realizaste la rutina con el peso indicado.	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____
Realizaste la rutina con las repeticiones indicadas.	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____
Realizaste los periodos de descanso indicados entre ejercicios.	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____	S/N ____
Realizaste los periodos de descanso indicados entre circuitos.	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
Observaciones.							

Anexo 6. Registro de entrenamiento

DATOS ANTROPOMETRICOS		
Nombre:	Fecha de inicio:	
Grupo:	Fecha de finalización:	
Evaluación.	Inicial.	Final.
Edad (años)		
Peso actual (kg).		
Talla (m).		
Circunferencia de cintura (cm).		
Circunferencia de cadera (cm).		
Porcentaje Grasa corporal total.		
Masa muscular total (kg).		

Anexo 7. Evaluación final

Reseña curricular

Victor Benjamín Kú Chalé. Técnico programador analista, tiene certificación nacional como entrenador de fisiculturismo y fitness, entrenador en fitness atlético infantil, ambos avalados por la Federación de Fisiculturismo y Fitness del Estado de Yucatán (AFFEY), nivel 2 del Sistema de Capacitación y Certificación para Entrenadores Deportivos (SICCED) avalado por la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE) pasante de la licenciatura en nutrición y actualmente tesista en Universidad Vizcaya de las Américas, campus Mérida.

Jacobo Toache Ruiz. Licenciado en educación física, pasante de la licenciatura en nutrición y actualmente tesista en Universidad Vizcaya de las Américas, campus Mérida.

Referencias

1. Ávila, Z. R. (9 de 2015). ri.uaemex.mx Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fri.uaemex.mx%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.11799%2F26209%2Fimpresion%2520tesis%2520final-split-merge.pdf%3Fsequence%3D3&clen=2007153

2. Francisco Esparza Ros, R. V. (2019). ISAK. Murcia, España: UCAM, Universidad Católica de Murcia.

3. Frutos, J. B. (12 de 2013). dialnet.unirioja.es Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4707702.pdf

4. G. González Calvo, S. H. (4 de 3 de 2011). nutricionhospitalaria.com Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.nutricionhospitalaria.com%2Fpdf%2F5201.pdf&clen=107101&chunk=true

5. Gema Torres Luque, M. G.-M. (julio-diciembre de 2010). redalyc.org Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F3457%2F345732284009.pdf&clen=97420

6. Gómez-Figueroa., R. O.-P. (30 de 1 de 2017). redalyc.org Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F817%2F81753189017.pdf&clen=159052

7. J.R. Alvero-Cruz, L. C. (21 de 9 de 2011). redalyc.org Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F3233%2F323327668006.pdf&clen=1369058

8. Jiménez, E. G. (14 de 6 de 2012). elsevier.es. Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S1575092212001532

9. Jiménez, S. H. (2004). medigraphic.com Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fgaceta%2Fgm-2004%2Fgms042d.pdf&clen=533872&chunk=true

10. Martínez-Cava, M.-N. y. (16 de 6 de 2017). digitum.um.es Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fdigitum.um.es%2Fdigitum%2Fbitstream%2F10201%2F54240%2F1%2F300441-1029741-2-PB.pdf&clen=516833

11. Medrano Echeverría, M. (julio de 2014). addi.ehu.es Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Faddi.ehu.es%2Fbitstream%2Fhandle%2F10810%2F13482%2F1_TFG%2520Mar%25EDa%2520Medrano.%2520Intervenci%25F3n%2520de%2520ejercicio%2520f%25EDsico%2520aer%25F3bico%2520y%2520de

12. OMS. (2010). apps.who.int Obtenido de Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F44441%2F9789243599977_spa.pdf%3Fsequence%3D1&clen=1539391&chunk=true

13. OMS. (2 de 12 de 2020). aepsad.culturaydeporte.gob.es/ Obtenido de https://aepsad.culturaydeporte.gob.es/actualidad/2020/diciembre/20201202-oms-directrices-actividad-fisica.html

14. Pérez-Ventana, E. M. (2016). dialnet.unirioja.es/. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250813

15. Restrepo Calle, A. M. (2003). scielosp.org. Obtenido de https://scielosp.org/article/rpsp/2003.v14n4/229-234/

Triplett, G. H. (2017). Principios del entrenamiento de la fuerza y el acondicionamiento físico. Badalona, España: Paidotribo.

16. W.Earl, T. R. (2007). books.google.com.mx. Obtenido de https://books.google.com.mx/books?id=c1wXBg2izF0C&pg=PR4&lpg=PR4&dq=Baechle+Y,+Earle+R.+Principios+del+entrenamiento+de+la+fuerza+y+del+acondicionamiento+f%C3%ADsico.+1st+ed.+Buenos+Aires:+Editorial+M%C3%A9dica+Panamericana;+2007.&source=bl&ots=RZtR8Q-dmS

Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios con conocimientos nutricionales

Luis Armando Cepeda Gaytan



Foto cortesía de Pexels

Abstract

Eating habits are a set of customs that determine the behavior of man in relation to food, in which the learning of these habits is conditioned by various factors. Adolescents, particularly young university students, can develop a poor diet that can lead to the development of chronic diseases. Therefore, documenting the eating patterns of nutrition students may allow describing the applicability of nutritional knowledge in their diet in order to know the knowledge-food relationship. Therefore, the general objective of this study was to identify the eating habits of students with nutritional knowledge. A cross-sectional descriptive study was carried out in a private university campus in Saltillo, Coahuila, with a sample of 62 students. Their weight, height and BMI were evaluated; a survey was applied to know and identify their eating habits. The data were subjected to a descriptive analysis, as well as a Pearson Chi-square test on the variables four-month period and questions from the eating habits questionnaire to determine the degree of association between them using the IBM SPSS v19 program. Most of the students with knowledge have adequate eating habits, which is why according to the Chi2 test (p=0.207) and the likelihood ratio G test (p=0.388) there is not enough statistical evidence to distinguish significant differences in the response variable with respect to the groups, that is to say that the eating habits of the students do not differ according to the four-month period. Students with nutritional knowledge do apply their nutritional knowledge in a theoretical-practical manner.

Keywords: *: Food, University students, habits, Saltillo.*

INTRODUCCIÓN

La alimentación puede describir como un proceso por el cual los seres vivos ante sus necesidades fisiológicas y/o biológicas incorporan a su organismo diversas fuentes de nutrientes y energéticos para funcionar claramente [1], este proceso puede categorizarse en alusión a la cantidad y calidad de alimentos que se consumen, ya sea buenos o malos. Lo anterior sugiere bueno o malos hábitos alimentarios, en el primer caso es aquel donde las personas consumen de manera consiente y balanceada diferentes grupos alimenticios en proporciones adecuadas [2].

En el segundo se pueden desencadenar, malos hábitos alimenticios, lo cual puede traer como consecuencias, el desarrollo de diversas deficiencias y/o anemias nutricionales, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso u obesidad [3].

> Los estudiantes universitarios están sujetos a cambios fisiológicos [4] es por ello que, los hábitos alimentarios se expresan como un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos que incluye, desde la manera en la que éste acostumbra seleccionarlos hasta la forma en que los consume o los sirve a las personas que va a alimentar [5].

Bajo esta teoría una nutrición balanceada es sinónimo de buena salud, ya que su objetivo primordial es la satisfacción de los requerimientos calórico-proteicos y de micronutrientes demandados por nuestro organismo y así asegurar un funcionamiento óptimo. Por otro lado los malos hábitos alimentarios en general se caracterizan por alteraciones en los horarios de consumo, así como por el exceso de proteína y grasa [6].

> Si bien el proceso de adquisición de hábitos alimentarios comienza en las familias, los patrones de consumo, además de ser dinámicos en función al desarrollo fisiológico de la persona, son condicionados por numerosas influencias como el factor social, cultural, económico estético o nivel educativo [7].

Los estudiantes universitarios se encuentran en un periodo crítico para el desarrollo de estilos de vida por lo que es fundamental, que desarrollen un comportamiento alimentario adecuado ya que este jugará un papel crucial en su salud a mediano y largo plazo [8]. Al respecto Espinoza et al. [9] se menciona que el llevar un estilo de vida saludable está relacionado con la disminución de la enfermedad crónicas no transmisibles, bajo esta tónica es importante el nivel de conocimiento en temas relacionados con la alimentación y nutrición pues será determinante de los hábitos de consumo alimentario a nivel individual [10].

Para crear una alimentación sana y equilibrada es requisito imprescindible saber cuáles son las preferencias y hábitos reales de los estudiantes involucrados en el proceso de aprendizaje universitario [11]. Se cree que el nivel de conocimiento de los estudiantes universitarios acerca de la relación alimentación-salud, repercutirá considerablemente en los hábitos de alimentación; es decir, a mayor conocimiento en el tema, mejores hábitos [12].

Sin embargo, a pesar de que la educación es un parteaguas en la formación personal y profesional, la diversidad de áreas de conocimiento puede originar un escaso interés en los patrones alimentarios, caso contrario es la especialidad educativa en el área de nutrición humana cuya característica primordial es la formación de profesionales con conocimientos nutricionales [13].

Los estudiantes universitarios se categorizan como grupos vulnerables debido a que entran en un proceso de formación, en donde se van presentando diversos hábitos alimenticios, en muchos de los casos no saludables, lo cual orienta, que afecte a nivel académico [14].

> Es de importancia tomar en cuenta el estilo de vida ya que es visualizado principalmente por el ámbito en el que se desenvuelve un individuo, sin dejar a un lado las características personales del mismo, esto puede hacer que el estilo de vida sea saludable o no lo sea [15].

Si bien se sabe, que la juventud universitaria es una etapa que se considera decisiva para la promoción, divulgación en la salud y el generar estilos de vida saludables, es por ello que el acceso a la universidad, supone un cambio importante en el individuo que puede repercutir en su estilo de vida [16].

Así mismo, en un estudio realizado por diversos autores han destacado que los estudiantes universitarios especialmente lo que presentan conocimientos nutricionales, son un grupo que se ha considerado vulnerable desde un punto de vista nutricional, por las creencias favorables sobre la alimentación, debido a que no presentan una exhaustiva presentación en la forma en que aplican sus conocimientos en su alimentación, es decir que los nuevos estilos de vida de los jóvenes han traído consigo hábitos no saludables que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas [17].



OBJETIVO

Identificar los hábitos alimentarios en estudiantes de la Licenciatura en Nutrición en una universidad privada de Saltillo, Coahuila.

PROBLEMÁTICA

Las estudiantes que ingresan a la universidad con un patrón de hábitos alimenticios ya establecido, en donde se visualizan las diversas culturas alimentarias que practican en su vida diaria, el fomento alimentario dentro de las aulas aún se considera malo ya que no se logra apreciar en primera estancia el alimentarse de manera saludable.

TEORÍAS USADAS Y METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida por 62 estudiantes universitarios que corresponder a la licenciatura en nutrición, de tercero, sexto y noveno cuatrimestre de la Licenciatura en Nutrición, de tercero, sexto y noveno cuatrimestre, de una Universidad privada en Saltillo, Coahuila.

Para la recolección de datos se registraron sociodemográficos de edad, sexo, carrera y cuatrimestre, así como datos antropométricos de peso y talla, para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) de acuerdo a la fórmula de Quetelet (IMC=Peso/Talla2). Asimismo, se realizaron preguntas cerradas referentes a los hábitos de alimentación, preparación de alimentos y selección de alimentos.

El análisis de datos se realizó mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales SPSS versión 19, se realizaron análisis descriptivos y de igual manera se aplicó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson para analizar los hábitos de alimentación e IMC.

RESULTADOS

Medidas antropométricas

Respecto al test de normalidad (Shapiro-Wilk) aplicado sobre las variables antropométricas (peso, talla e IMC) se encontró que presentan una distribución normal, es decir que proviene de una población con distribución normal (p= 0.120, p=0.739 y p=0.698, para peso talla e IMC, respectivamente) (Figura. 1). En ese sentido los datos recolectados, pueden permitir una probable extrapolación a todos los estudiantes que integran la universidad, derivado a que existe una alta representatividad.

De acuerdo con Martell [18] quienes evaluaron el patrón alimentario y evaluación antropométrica en estudiantes universitarios reportan que las variables no presentaron una distribución normal, sus resultados contrastan con los encontrados con el presente trabajo con un nivel de significancia estadística p<0.05.

Los resultados también son similares al estudio realizado por Ruiz-Moreno [19] en el que se reportó que tampoco se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en la valoración del IMC, lo cual podría ser un indicador, para que a si los estudiantes valoran y lo consideran saludable para el presentar un mejor físico, presentando un significancia de p<0,02. Igualmente, dicha discrepancia puede derivarse al tipo de muestreo y/o al tamaño de muestra o bien a las propiedades intrínsecas de la población.

Es por ello que en términos generales, de acuerdo con la distribución probable normal de las variables de estudio, se pudo apreciar que los

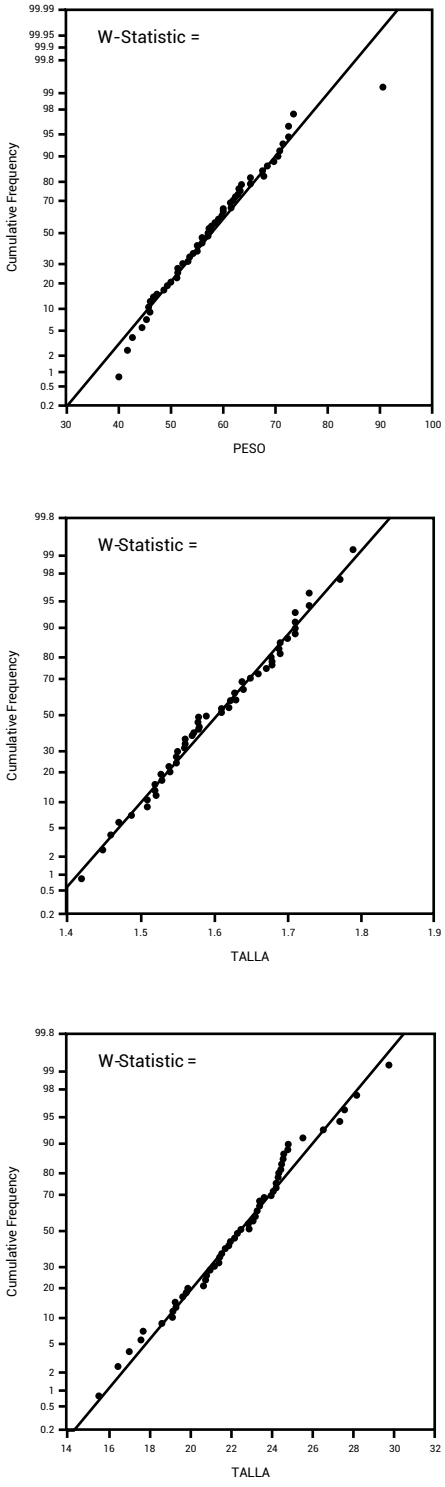


Figura 1. Distribución probable normal de las variables antropométricas

datos observados tienden a ajustarse en gran medida a los datos estimados, cabe resaltar que el IMC es un indicador que se estima de acuerdo al peso y la talla, que nos permite identificar entre qué rangos del estado nutricional, se encuentra la persona [20].

Alimentación

Teniendo en cuenta las recomendaciones alimentarias que orientan a una alimentación saludable atendiendo a la disponibilidad, el consumo y las costumbres relacionadas a los alimentos en la población, se analizaron los hábitos de los estudiantes universitarios que se detallan a continuación.

Se observó que los hábitos alimentarios de los estudiantes presentan una prevalencia de 50% donde su forma de alimentación se considera adecuada, de acuerdo con los estudiantes de 6.º y 9.º cuatrimestre; en cambio, para los estudiantes de 3.er cuatrimestre la mala alimentación influye hasta un 25% en sus hábitos alimenticios (Tabla 1).

Por otro lado, se observó que, de acuerdo con la prueba Chi2 (p=0.207) y al test G de la razón de verosimilitud (p=0.388), no existe la suficiente evidencia estadística que permita distinguir diferencias significativas en la variable de respuesta respecto a los grupos, es decir que los hábitos alimenticios de los alumnos no difieren en función al cuatrimestre que se encuentra cursando. Al mismo tiempo, en un estudio realizado por Ardito et al.[21] en donde evalúa los hábitos alimentarios en universitarios, se encontró que un 41.3% consideran buenos sus hábitos, tomando en cuenta que, la alimentación de cada individuo y cada grado de estancia en la

universidad es diferente, conforme van avanzando, esto descarta finalmente a que varía al tiempo, espacio, muestra y la población de los estudiantes.

En la tabla 2 en cuanto a la agrupación de sexo (hombres y mujeres), la comparación de las variables antropométricas cuantificadas en los estudiantes universitarios, los datos de peso de los hombres fueron mayores

Parámetros		Hábitos alimenticios			
		bueno	malo	regular	Total
3er cuatrimestre	% dentro de hábitos	50.0%	50.0%	33.3%	37.1%
6to cuatrimestre	% dentro de hábitos	.0%	25.0%	37.5%	32.3%
9no cuatrimestre	% dentro de hábitos	50.0%	25.0%	29.2%	30.6%

Nota. N válidos= 62.

Tabla 1. Hábitos alimenticios

que los de las mujeres con una media 60.89 (D.E 9.46) y respectivamente 57.21 (D.E 8.66).

De acuerdo con los mismos indicadores en una investigación realizada por diversos autores, se encontró que los resultados son semejantes y dejan en un alto panorama que, los hábitos alimenticios, forman parte esencial. respecto a los indicadores

Parámetro	Sexo	Media	D.E.
Peso	F	57.21	9.46
	M	60.89	8.66
Talla	F	1.60	.07
	M	1.62	.10
IMC	F	22.30	3.00
	M	22.88	.21

N, válidos =62 D.E.= Desviación estándar.

Tabla 2. Variables antropométricas determinadas en peso, talla e IMC

antropométricos, se encontró que en mayor prevalencia respecto al peso y talla fue en hombre con una media de 64.1 y 1.72 presentado una desviación estándar pequeña, sin dejar que las mujeres presentaros una media considerable no muy baja respecto a los hombres [22]. Los anteriores hallazgos se relacionan con los datos antropométricos de esta investigación [23], en la que muestra en términos generales que los hombres presentan mayor prevalencia respecto al peso, talla e IMC, haciendo hincapié a que los indicadores antropométricos ayudan en mayor ventaja a evaluar los riesgos de diversas enfermedades.

Respecto a si se saltan algún tiempo de comida, se muestra que 83.5% no se salta algún tiempo de comida; mientras que un 16.5% corresponde a que la mayoría de los alumnos consideran que sí se saltan algún tiempo de comida, esto puede conllevar a un déficit en su estado nutricional, es decir a comenzar a adquirir malos hábitos alimenticios.

Del mismo modo, en un estudio realizado por diversos autores, analizó que el 80% de la población, se saltan algún tiempo de comida, siendo ellos mayor proporción estudiantes, esto conlleva a que se desconoce de los daños y/o deficiencias nutricionales, que se pueden presentar a largo plazo en nuestro organismo [24].

Por otra parte, se considera una práctica común en los estudiantes el saltar algún tiempo de comida, debido a que están en una etapa en donde se comienza el rechazo por moda a cierto tipos de alimentos, es por ello que un 70.5% de la población hace referencia a que ocasionalmente se saltan algún tiempo de comida [25], al respecto según el estudio realizado por Aguilar-Martínez et al. [26] menciona que si se salta algún tiempo de comida, nuestro cuerpo tiene que encontrar y/o buscar otra forma de obtener esa energía que no se le está brindando a través de los alimentos, por lo que se cree que nuestro organismo busca o recurre a los depósitos de glucosa que posee. Si el ayuno o algún otro tiempo de comida se prolonga, el cuerpo también utilizará las grasas y proteínas de reserva para continuar trabajando con normalidad.

En la figura 2 se muestra que el 38.5% (D.E 29.5) realiza la mayoría del consumo de alimentos en casa, en cambio un 28.1% realizan sus tiempos de comida mayormente en su trabajo y finalmente el 33.4% de los estudiantes realizaban su comida en otros lugares; esto significa que los estudiantes pasan la mayoría de su tiempo en casa donde se podría desarrollar un buen hábito de alimentación adecuado a sus necesidades.

En un estudio realizado por Vargas et al. [27] menciona que 83% de los alumnos no presentan inseguridad alimentaria por lo que su alimentación es adecuada debido a que la realizan en casa pero en cambio algunos lo hacían en el trabajo, en la calle, o en restaurantes, esto crea un conflicto, debido a que pueden llegar a presentar una inseguridad alimentaria que favorezca el mayor consumo de alimentos poco saludables este hallazgo puede comparar debido al

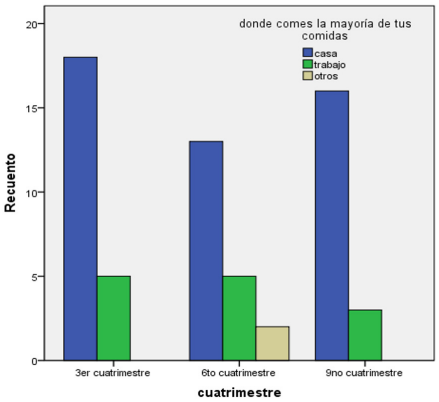


Figura 2. Gráfica de agrupación para el análisis Cuatrimestre*donde comes la mayoría de tus comidas

tamaño de muestra seleccionado en el estudio.

Es importante señalar que la principal forma de preparación de alimentos de los estudiantes de tercero, sexto y noveno cuatrimestre fue hervido con un 72% (D.E.=1.68); 7% emplean en sus comidas el método de horneado; el 5%, asado; 9%, frito; y el 7%, guisado (figura 3). A partir de estos resultados resalta que la mayor parte de los estudiantes universitarios tienen preferencia por preparar sus alimentos de manera hervida, lo cual hace referencia a que sí aplican, los conocimientos adquiridos durante la formación, en la cual emplean métodos culinarios saludables en su preparación de alimentos.

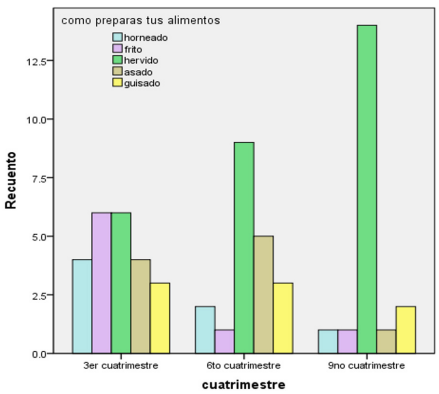


Figura 3. Gráfica de agrupación, sobre cómo preparas tus alimentos

En su investigación Caracuel [28] menciona que los métodos de cocción saludables son considerados factiblemente como uno de los mejores procesos para la preparación de los mismo, en donde cambia completamente, su textura, el color, los sabores y hasta su valor nutricional, mediante la cocción aplicando el método saludable, con el fin de satisfacer las necesidades culinarias

y personales del comensal.

Respecto a la forma de preparación de los alimentos, en nuestro estudio se pudo observar que la mayor parte de los estudiantes universitarios tienen preferencia por preparar sus alimentos de manera hervida. Un estudio con resultados similares a esta investigación encontró que el método de cocción más representativo fue el método de cocción hervido mencionando que este tipo de preparación hacen más digeribles los comportamientos alimentarios [29].

Sin embargo, en una investigación realizada por Asrilevich et al. [30] se encontró que el 46% de la población estudiada utilizaba el método de cocción, en cambio en un 6.1% salteado, lo que podría explicarse porque al elegir el método hervido se brinda un mejor aporte nutricional en los alimentos, sin perder sus cualidades organolépticas.

Es importante señalar que, respecto a la selección de alimentos, se observó que un 54.6% (D.E. 28.06) de los estudiantes presentan preferencias alimentarias en base a los conocimientos y comprensión, en donde se categoriza principalmente por alimentos saludables en los que se caracteriza por proporcionar adecuadamente la ingesta energética y de nutrientes. Mientras que para el 45.4% de los universitarios, su selección alimentaria era sobre alimentos procesados en los cuales se incluía la disponibilidad del tiempo.

En cuanto a un estudio similar a esta investigación se encontró que la selección de alimentos, pasa por una serie de sucesos relacionados a la oferta y demanda, principalmente ya que los alumnos universitarios están ligados a diversos sucesos de comercialización en donde, se pone contraproducente la disponibilidad de los mismos [31].

Conclusiones

Los hábitos alimentarios de los alumnos con conocimientos nutricionales si se aplican de manera teórica-práctica sus conocimientos en nutrición lo cual conllevan a su vez a que verdaderamente tienes buenos hábitos alimenticios.

El patrón alimentario de los estudiantes universitarios se ve plasmado a través que van avanzando, aplicándolo de manera consciente.

Sin dejar a un lado que existen diversos factores socio ambientales, explicable en el contexto social actual (Pandemia), que convierte a la población estudiada en una sección categorizada como vulnerable en sus hábitos alimentarios.

Se identificó que los hábitos alimentarios se ven reflejados en espacios universitarios, encontrando que hay una gran variedad de alimentos que fomentan la buena nutrición y los que no fomentan una buena nutrición, quedando a la elección propia de los alumnos cuáles consumir, su selección y disponibilidad de los alimentos.

Reseña curricular

Luis Armando Cepeda Gaytan, originario de Saltillo Coahuila, cuento con 22 años de edad. Curso la Licenciatura en Nutrición por la Universidad Vizcaya de las Américas, Campus saltillo, Maestrante en salud pública por el Instituto de Ciencias y Estudios Superior de Tamaulipas, A.C. ICEST. En el rubro académico, como apoyo a la actualización profesional he participado en capacitaciones como: jornadas de actualización en nutrición como lo es en prevención de la obesidad, en jornadas de atención integral para un envejecimiento saludable, congresos nutrición y ejercicio, talleres sobre los tipos de alimentación en base a un sustento científico, medicina basada en evidencias científica, diplomado y conferencias entre otras, que me han brindado un amplio conocimiento. Actualmente se desempeña laboralmente como Auxiliar administrativo, en el Centro de Investigación, Desarrollo e Innovación Vizcaya, campus Saltillo.

Referencias

1. Hernández M, Plasencia D, Martín I. Temas de Nutrición [Internet]. 2012. 245 p. Available from: http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=-download&category_slug=mnt&alias=893-temas-de-nutricion-dietoterapia-la-habana-2008&Itemid=226
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Cited 2021 Aug 5]. Available from: https://www.who.int/es
3. García-laguna DG, García-salamanca GP, Tapiero-Paipa YT, C DMR. JÓVENES UNIVERSITARIOS. 2012;(2):182–98.
4. Álvarez J, Aguilar JM, Lorenzo JJ. Test anxiety in university students: Relationships with personal and academic variables | La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. Electron J Res Educ Psychol [Internet]. 2012; Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84866758078&partnerID=MN8TOARS
5. Herrada-Lemus JV, Casillas-Bonilla AL, García-Magdaleno D, Ramírez-Martínez MM, Reyes-Ruiz Esparza II, Martín del Campo-Cervantes J. Hábitos alimenticios en estudiantes de Nutrición de la Universidad Autónoma de Aguascalientes en el periodo enero- junio de 2015. Lux Médica. 2016; 11(33):03–8.
6. Contreras G, Camacho E, Ibarra M, López L, Escoto M, Pereira C, et al. Los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios. Rev Digit Univ UNAM. 2013; 14(11):1–15.
7. Montero Bravo A, Úbeda Martín N, García González A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. Nutr Hosp. 2006; 21(4):466–73.
8. Torres-Mallma C, Trujillo-Valencia C, Urquiza-Díaz AL, Salazar-Rojas R, Taype-Rondán A. Hábitos alimentarios en estudiantes de medicina de primer y sexto año de una universidad privada de Lima, Perú. Rev Chil Nutr. 2016; 43(2):146–54.
9. Luis Espinoza O, Fernando Rodríguez R, Jorge Gálvez C, Norman Macmillan K. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. Rev Chil Nutr. 2011; 38(4):458–65.
10. Batalla MVI. Nutrición. 2016; 30.
11. Cervera Burriel F, Serrano Urrea R, Vico García C, Milla Tobarra M, García Meseguer MJ. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. Nutr

Hosp. 2013; 28(2):438–46.
12. Pino V JL, López E MÁ, Cofre T MI, González R C, Reyes C L. Conocimientos Alimentario-Nutricionales Y Estado Nutricional De Estudiantes De Cuarto Año Básico Según Establecimientos Particulares Y Subvencionados De La Ciudad De Talca. Rev Chil Nutr. 2010; 37(4):418–26.
13. Pereira-Chaves JM, Salas-Meléndez MDÁ. Análisis de los hábitos alimenticios con estudiantes de décimo año de un Colegio Técnico en Pérez Zeledón basados en los temas transversales del programa de tercer ciclo de educación general básica de Costa Rica. Rev Electrón Educ. 2017; 21(3):1–23.
14. Gloria PB. Revista Salud Pública y Nutrición. 2018;
15. Rafael J, Hoz D, Kuzmar I, Cortés-Castell E, Rizo-Baeza M. Hábitos y estado nutricional relacionados con las diferentes carreras universitarias. Arch Venez Farmacol y Ter. 2018; 37(3):275–82.
16. Zayas V, Miranda C, Scott C, Viveros C. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa Prevalence of overweight and obesity in students of the Faculty of Medicine of the National University of Itapúa. 2014;1(1):28–36. Available from: http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v1n1/v1n1a04.pdf
17. Sánchez-Ojeda MA, De Luna-Bertos E. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. Nutr Hosp. 2015; 31(5):1910–9.
18. Martell M, Sánchez J. Salus. 2012;
19. Ruiz-Moreno E, Del Pozo de la Calle S, Valero-Gaspar T, Ávila-Torres JM V-M, G. Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios Españoles. Patrón de consumo de bebidas fermentadas. Fundación Española la Nutr [Internet]. 2013; 1–32. Available from: http://www.fen.org.es/storage/app/media/imgPublicaciones/30092014131915.pdf
20. Del C, Acuerdo IMC DE, Edad A LA. Nutrición Hospitalaria. 2017; 34(5):20960.
21. Ardito F, Huisacayna Díaz FM. Hábitos Alimenticios Y Su Relación Con El Estado Nutricional En Estudiantes De La Facultad De Enfermería De La Universidad Nacional “San Luis Gonzaga De Ica” Septiembre 2016-Agosto 2017. Rev Enferm la Vanguardia. 2020; 5(2):77-86.
22. Vargas-Zárate M, Becerra-Bulla F, Prieto-Suárez E. Evaluación antropométrica de estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia. Rev Salud Pública. 2008; 10(3):433–42.
23. Corvos CA, Corvos A, Salazar A. Índices antropométricos y salud en estudiantes de ingeniería de la Universidad de Carabobo. Nutr Clínica y Dietética Hospitalaria. 2014; 34(2):45-51.
24. Schnettler B, Denegri M, Miranda H, Sepúlveda J, Orellana L, Paiva G, et al. Hábitos alimentarios y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios del sur de Chile. Nutr Hosp. 2013; 28(6):2221–8.
25. Reynaga-Ornelas MG, Fernández-Carrasco M del P, Muñoz-Canul I del C, Vera-Becerra LE. Risk behavior perception in university students of the health area. Acta Univ. 2015; 25(477):44–51.
26. Aguilar-Martínez A, Díaz T, Ficapal-Cusí P. Hábitos de desayuno en estudiantes de primaria y secundaria: posibilidades para la educación nutricional en la escuela Breakfast habits in primary and secondary schoolchildren: options for nutritional education in schools. Nutr Hosp [Internet]. 2016; 33(4):909–14. Available from: http://dx.doi.org/10.20960/nh.391
27. Vargas ME, Becerra F. Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a nutrición y dietética en la Universidad Nacional De Colombia. Rev Salud Pública. 2016; 17(5):762–75.
28. Caracuel García Á. Técnicas de cocción saludables aplicables a la alimentación mediterránea. Anales [Internet]. 2008; 21(1):171–80. Available from: https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/4043/10_ANALES_2008_caracuel.pdf?sequence=1
29. Zurita Gallegos R, Di Prieto MT, Robalino Vallejo J. 270-25-769-1-10-20190725.Pdf. 2019.
30. Asrilevich EN, Campaña A V., Lencina MS, Pulido J. Capacitación y métodos y técnicas de investigación. 2011;1–8.
31. Freire WB, Waters WF, Rivas-Mariño G. Nutritional traffic light system for processed foods: Qualitative study of awareness, understanding, attitudes, and practices in Ecuador. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2017; 34(1):11–8.

La importancia de estimulación cognitiva en pacientes esquizofrénicos

Melissa Montañez Godoy



Foto cortesía de Pexels

Abstract

At present, the research landscape and practice of cognitive rehabilitation of psychiatric disorders is sparse as there are very general rehabilitation programs aimed at training a wide range of cognitive functions without taking into account that some of the alterations are associated with subgroups of the disorder and not with all patients in general. Schizophrenia is a disease that generates serious functional repercussions, that´s why the treatment of such patients should not only be based on providing them with the necessary medications, but also on improving all those skills that are indispensable for the patient's overall functioning. Even though pharmacology has revolutionized the treatment of the disease, in the last years there has been a greater awareness, thanks to research, that psychosocial interventions and cognitive rehabilitation have a considerable impact on the results of the treatment of schizophrenia. The present work aims to expose the importance of cognitive stimulation and the strengthening of social skills in schizophrenic patients whose pathology is stabilized.

Keywords: *Schizophrenia, Cognitive stimulation, Social skills, Psychiatric rehabilitation.*

* Egresada de la licenciatura en psicología de la Universidad Vizcaya de las Américas, campus Mérida.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Los síntomas afectan múltiples procesos psicológicos como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento, sentimientos, atención, motivación y juicio.[1] Dado el grave deterioro funcional asociado con la esquizofrenia, el estigma que genera, las dificultades psicosociales, la mala calidad de vida, el fracaso profesional y la dependencia familiar y social, entre otras dificultades, se puede comprender que la esquizofrenia significa más que delirios y alucinaciones.

Hasta ahora, el objetivo primario del tratamiento en esquizofrenia se ha centrado en la reducción de los síntomas y las consecuencias de estos. Este abordaje es importante, no cabe duda, sin embargo, no cubre la mayoría de los problemas cotidianos que afrontan las personas con esquizofrenia, además de que la mejoría sintomática no siempre se acompaña de mejoría funcional (Restrepo, 2019).

La esquizofrenia es una enfermedad con graves repercusiones funcionales, por lo que amerita un tratamiento que vaya más allá de los fármacos. Las intervenciones psicosociales juegan un papel crítico en los programas de rehabilitación integral, son un componente necesario cuando el objetivo es mejorar la calidad de vida, el funcionamiento global del individuo y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, el trabajo con pacientes esquizofrénicos no sólo se basa en proporcionarles los medicamentos necesarios sino de igual forma, mejorar las habilidades de procesamiento de información, la memoria, las capacidades conceptuales y todas aquellas habilidades indispensables para el funcionamiento global del paciente en cuestión.

Así pues, este proyecto de investigación planea demostrar cómo los objetivos terapéuticos en pacientes esquizofrénicos han cambiado sustancialmente con el paso de los años y a la vez dar a conocer la relevancia e importancia de las intervenciones y programas de rehabilitación integral para dichos pacientes, los cuales permitirán alcanzar un mejor funcionamiento social y cognitivo que se traduce en una mejor calidad de vida.

PROBLEMÁTICA

Como plantea Restrepo (2019), en la actualidad, el panorama en la investigación y la práctica de la rehabilitación cognitiva de los trastornos psiquiátricos es escaso ya que existen programas de rehabilitación muy generales, dirigidos a entrenar una amplia gama de funciones cognitivas sin tener en cuenta que algunas de las alteraciones están asociadas a subgrupos del trastorno y no a todos los pacientes en general.

Cuando hablamos de deterioro cognitivo, nos referimos a la pérdida de funciones o habilidades intelectuales que incluyen la memoria, la atención la coordinación motora y la construcción visoespacial, que aparecen antes, durante o después de la aparición de un cuadro psicótico. Existen varios factores que contribuyen a la disfunción cognitiva, además del causado por la enfermedad. Uno es el entorno, ya que el aislamiento de pacientes con esquizofrenia y la disminución de la estimulación favorecen al empobrecimiento y la merma en las funciones cognitivas. Otro factor es el tratamiento psicofarmacológico, que es imprescindible para una evolución favorable de la enfermedad, aunque presenta efectos secundarios que pueden afectar al estado cognitivo de los pacientes. De ahí la importancia de promover la continua estimulación cognitiva y el reforzamiento de las habilidades sociales en dichos pacientes (López, 2017).

López (2017), señala que la rehabilitación cognitiva como un proceso destinado a mejorar y/o compensar los déficits existentes en las capacidades cognitivas del paciente. A través de esta rehabilitación se procura restaurar las funciones cognitivas, con el fin de que la persona pueda retomar de manera segura e independiente sus actividades cotidianas. Cabe recalcar que, en las últimas décadas, debido a las numerosas investigaciones que se han realizado, se han modificado los objetivos del tratamiento de la esquizofrenia pues ahora no solo se busca la estabilización de los síntomas sino de igual manera la funcionalidad del individuo.

En conclusión, la alta tasa de prevalencia de la esquizofrenia unida a que es una de las diez enfermedades que causa una mayor discapacidad en el paciente, demuestra la relevancia de realizar continuas investigaciones, así como el mejoramiento de los previos métodos de trabajo que se aplicaban con pacientes esquizofrénicos. Esto con la finalidad de no sólo lograr la estabilidad de las alteraciones cognitivas del paciente sino de igual forma conseguir el funcionamiento global de este para poder obtener una posible reinserción en la sociedad.

1 No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

OBJETIVO

Explicar la importancia del fortalecimiento de la estimulación cognitiva y uso de habilidades sociales básicas para la vida cotidiana en pacientes esquizofrénicos cuya patología se encuentra estabilizada.

TEORÍAS UTILIZADAS

- Rehabilitación psiquiátrica
- Rehabilitación psicosocial
- Rehabilitación cognitiva
- Conceptualización de las habilidades sociales
- Tratamiento psicológico integrado

METODOLOGÍA

método descriptivo.

Reseña curricular

Melissa Montañez Godoy es recién egresada de la Universidad Vizcaya de las Américas de la Licenciatura en Piscología. Ha impartido el taller "Asertividad y comunicación efectiva" en el marco de capacitación psicológica a empresas en representación de la Universidad Vizcaya de las Américas, Campus Mérida. Ha participado en el taller "Sociópatas, entre el delito y la transgresión." impartido por la Federación Mexicana de Criminología y Criminalística A.C al igual que en las jornadas académicas por el XLII Aniversario del Hospital Psiquiátrico de Yucatán. Asimismo, obtuvo un diplomado en "Neuropsicología de los trastornos del Neurodesarrollo" impartido por el Instituto Mexicano de Educación e Investigación en Psicología, A.C.

Referencias

1. Alfaro G. y Castro V. (2002) Grupo de estimulación cognitiva para el adulto mayor. San José, Universidad de Iberoamérica: Práctica Hospitalaria II: Maestría en Psicología Clínica.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
Akbarfahimi, Malahat. (2012). The Effect of Music on Attention in Schizophrenia. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. Vol.14(2) pp: 8-13. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/249999260_The_Effect_of_Music_on_Attention_in_Schizophrenia
3. Bellack A, Mueser, K, Ginderich, S, Agresta, J. (1997). Social Skills Training for Schizophrenia. New York: Guilford Press.
4. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos-México (2016) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Disponible en: http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf
5. Florit, A (2006) La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de Psicología. Vol. 24(3), pp: 223-244. Disponible en: http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104
6. Guerrón, E (2015) Guía didáctica en arteterapia para el trabajo con adolescentes entre las edades de 16 a 18 años. (Trabajo de graduación) Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador. Disponible en: http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4969/1/11408.pdf
7. Heinze, G., Chapa, G., Santisteban, J., & Vargas, I. (2012). Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. Salud mental, Vol. 35(4), pp: 279-285. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400003&lng=es&tlng=es.
8. Jara, M (2005) La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Revista Cúpula. Vol 1, pp: 1-11. Disponible en: https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf
9. Knaul, F., González, E., Gómez, O., García, D., Arreola, H., et al (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Pública de México, Vol. 55(2), pp: 207-235. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es&tlng=es
10. Kuipers, E. (2007). Psychological Therapies for Schizophrenia: Family and Cognitive Interventions. Psychiatric Times. https://www.psychiatrictimes.com/view/psychological-therapies-schizophrenia-family-and-cognitive-interventions
11. López, R., Aguilar, R., Gallego, B., et al. (2017) Efectividad de un programa de rehabilitación cognitiva realizado por la enfermera especialista en salud mental. Biblioteca Las Casas. Vol. 13(1). http://www.index-f.com/lascasas/documentos/

e11122.pdf
12. Loubat, M., Cifuentes A. y Peralta, P. (2013) Intervención grupal de estimulación cognitiva para jóvenes con primeros episodios psicóticos. Revista de Psicología y Filosofía. Vol. 8(27), pp: 1-13. https://www.redalyc.org/pdf/836/83628140006.pdf
13. Madera, P (2012) Arteterapia a través de los talleres de mándalas en la esquizofrenia. Revista de SEAPA. Vol 1, pp: 1-3. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Otono_2012/Arteterapia_a_traves_de_los_talleres_de_mandalas_en_la_esquizofrenia.pdf
14. Martínez, N (2006) Nuevas herramientas para la intervención terapéutica con menores con trastornos de conducta: arte terapia. Madrid, España.
Mendoza Gobierno (2016) Higiene y cuidado del cuerpo. Disponible en: http://www.salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2016/03/higiene-material.pdf
15. Medalia, A. & Revheim, N. (2002). Lidiando con disfunciones cognoscitivas asociadas a impedimentos psiquiátricos. Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York.
16. Ministerio de sanidad y consumo (2009) Guía Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Primera edición. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnología.
17. Monjas, M y González, B (2000) Las habilidades sociales en el currículo. Revista Dialnet. Vol. 10(1) pp: 179-200. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=378421
18. Muesser, K.T., Liberman, R.P. & Glynn, S.M. (1990). Psychosocial Interventions in Schizophrenia. Recent Advances in Schizophrenia. Nueva York: Springer-Verlag.
19. OMS (2011) Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México. https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1
20. Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10. Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y el comportamiento. Madrid: Meditor.
21. Orejarena, C., Quiñonez, A. y Marín, A. (2017) Estimulación cognitiva para pacientes con trastorno neurocognitivo mayor por enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática. Revista Búsqueda. Vol. 4 (19), pp: 208-226. https://core.ac.uk/download/pdf/327182972.pdf
22. Penadés, R., Boget. T., Catalán R., Bernardo, M., Gastó, C. & Salamero, M. (2003). Cognitive Mechanims, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. Schizophrenia Research. Vol. 63(1), pp: 219-227.
23. Puig, X (2012) Calidad de vida en la vejez. Estimulación cognitiva. Caja: Los Andes. Vol. 1, pp: 1-26. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/Estimulacion_Cognitiva.pdf
24. Quijano, M., Salazar, C. y Aponte, M (2008) Cambios cognoscitivos en la enfermedad mental de pacientes que asisten al Programa de Hospital Día del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Revista Diversitas. Vol. 4(1), pp: 113-121. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v4n1/v4n1a10.pdf
25. Sánchez, M (2009) Actividades prácticas para trabajar las habilidades sociales en el ámbito escolar. Disponible en: https://educrea.cl/wp-content/uploads/2016/07/DOC2-actividades-desarrollo-habilidades-sociales.pdf
26. Velázquez, G (junio, 2015) Propuesta de un programa para trabajar habilidades sociales en educación infantil. {Trabajo de titulación} Universidad Internacional de la Rioja, Logroño España.
27. Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., et al. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna. Vol. 33(1), pp: 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X2011000100003&lng=es&tlng=es

Visita nuestra **UNIVERSIDAD VIZCAYA** *EN LÍNEA*

UVAENLINEA.UVA.EDU.MX

31 Campus Universitarios

- Campeche, Camp.
- Cd. Acuña, Coah.
- Cd. Delicias, Chih.
- Cd. Juárez, Chih.
- Cd. Obregón, Son.
- Cd. Victoria, Tamps.
- Chetumal, Q. Roo.
- Chihuahua, Chih.
- Colima, Col.
- Ensenada, B.C.
- Guaymas, Son.
- Hermosillo, Son.
- Lázaro Cárdenas, Mich.
- Manzanillo, Col.
- Mérida, Yuc.
- Mexicali, B.C.
- Monclova, Coah.
- Morelia, Mich.
- Navojoa, Son.
- Nogales, Son.
- Piedras Negras, Coah.
- Playa del Carmen, Q. Roo.
- Puerto Vallarta, Jal.
- Salina Cruz, Oax.
- Saltillo, Coah.
- San Luis Río Colorado, Son.
- Tepic, Nay.
- Tijuana, B.C.
- Tulancingo, Hgo.
- Torreón, Coah.
- Uruapan, Mich.

Oferta Educativa

- Administración de Empresas
  RVOE 030-SIIES Y RVOE 014-SIIES
- Arquitectura
  RVOE 2132-SIIES
- Criminología
  RVOE 2139-SIIES Y RVOE 2140-SIIES
- Ciencias de la Educación
  ACUERDO 141 20/02/20 NUEVA OFERTA
- Derecho
  RVOE 2134-SIIES Y RVOE 2133-SIIES
- Enfermería
  RVOE 037-SIIES
- Fisioterapia
  RVOE 2160-SIIES
- Gastronomía
  RVOE 2129-SIIES Y RVOE 2128-SIIES
- Nutrición
  RVOE 2161-SIIES Y RVOE 2162-SIIES
- Odontología
  ACUERDO 153 20/02/20 NUEVA OFERTA
- Psicología
  RVOE 2164-SIIES Y RVOE 2163-SIIES

"Más de 100 convenios y alianzas alrededor del mundo"

Universidad Vizcaya Mérida

UniversidadVizcayaOficial

Universidad Vizcaya

Mayor información

Calle 33 #140 Entre calle 20 A y 22
Col. Chuburná de Hidalgo, Mérida Yucatán

(999) 195 66 47 - 195 68 44

LADA SIN COSTO **01 800 832 3245**

UNIVERSIDAD VIZCAYA DE LAS AMÉRICAS
MÉRIDA
CULTURA HACIA LA GRANDEZA
POR LA DEL HOMBRE

UNIVERSIDAD VIZCAYA
DE LAS AMÉRICAS



WWW.UVA.EDU.MX

20 ANIVERSARIO









Porque Estudiar en UVA

Porque se trata de ti, de tu educación, y de tu futuro, estamos preparados para ofrecerte los conocimientos y habilidades necesarias para lograr tu éxito profesional.

Académicos

Aprende cómo desempeñarte con éxito en el mundo laboral, gracias a la experiencia profesional de nuestros académicos quienes se encuentran activos en su campo y tienen la misma dedicación, y pasión por su profesión que tú.

› **MÁS DE 3000 DOCENTES VIZCAYA**

Apoyo Financiero

Porque creemos en la ambición de lograr tus sueños, y en lo que puedes llegar a ser, contamos con apoyos de financiamiento en tu educación, por medio de nuestro programa de becas que contribuirán al fortalecimiento de tu potencial profesional.

Áreas Especializadas

Sabemos que los conocimientos deben cimentarse con la práctica, por ello te prepararás en nuestros laboratorios de alta calidad, tecnología y vanguardia que garantizarán tu aprendizaje complementario.

Espiritu de Expansión

Hablar de Vizcaya, es hablar de crecimiento, es hablar de un espíritu fortalecido por su valor para expandirse sin descanso en México y el mundo, con la finalidad de ofrecerte nuevas posibilidades para ampliar tus conocimientos. Hoy después de 20 años decimos con orgullo que, de acuerdo a Reader´s Digest, estamos posicionados como una de las 100 mejores universidades de México

31 CAMPUS EN TODO EL PAÍS, 1 CAMPUS CADA 8 MESES, 1 UNIVERSIDAD EN LÍNEA, PRESENCIA EN 14 ESTADOS DE LA REPÚBLICA, 20 AÑOS DE TRAYECTORIA EDUCATIVA.

Más de 40,000 Egresados

VIZCAYA POR EL MUNDO

Más de 300 embajadores Vizcaya en los últimos 2 años.

Más de 100 convenios en el mundo en los que podrás:

Realizar un verano de investigación
Hacer tus prácticas profesionales
E irte de intercambio académico

Conoce más en: WWW.**UVA**.EDU.MX