38
2ej°

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

ESTILO DE VIDA Y OBESIDAD: ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE ALGUNOS INDICADORES DE ASOCIACION.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

GARCIA MARTINEZ CLAUDIA
GIRON MATEOS MARIA ADELA
VICTORIA GODOY YOLANDA

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Señor:

Una vez más comparto contigo
otro éxito logrado en mi vida.
Gracias por estar siempre conmigo.

A mis Padres:

Por ser la base de mi existencia
y alimentar día a día el anhelo
de la superación,
por darme la oportunidad
de alcanzar este peldaño tan importante en mi vida, y
por creer en mí.
Con amor, ternura y gratitud.

A mis Hermanos:

Por su apoyo incondicional
para derribar miles de obstáculos,
por alentarme constantemente,
brindarme su confianza y
por compartir mis angustias y alegrías.

A mi Asesora:

Martha Córdova Osnaya
Quien guió pacientemente esta tesis,
por compartir su amistad y conocimientos
y porque su labor trascendió los límites
de lo académico.

A mis Sinodales:

José Carlos Rosales González
Fernando Quintanar Olguín
Por su tiempo y dedicación
en la revisión exhausta de esta obra,
por su experiencia reflejada en ella y
por todos sus conocimientos transmitidos.

A Naty:

Porque es un ser extraordinario
y una mujer excelente.

Al Periódico "El Universal":

Por abrirme sus puertas,
invitarme a vivir nuevas experiencias
y a todas aquellas personas
que hicieron posible esta labor.

C.G.M

A mis Padres:

Por brindarme su inmensa comprensión y apoyo en los momentos más difíciles de mi formación profesional.

A mis Hermanos:

Por atender, en todo momento, mis desafíos y logros cotidianos.

A mis Asesores:

Por su valiosa participación en el enriquecimiento de la presente investigación.

Asímismo a todas aquellas personas que me brindaron accesibilidad para concluir mi propósito.

M.A.G.M.

A mis Padres:

Por su apoyo, cariño y comprensión a lo largo de mi vida por enseñarme a buscar siempre el camino del triunfo.

A mi Hermano:

Por sus palabras y consejos siempre de aliento y por estar conmigo en los buenos y malos momentos.

A mis Sinodales:

Martha Córdova Osnaya, José Carlos Rosales Pérez y Fernando Quintanar Olguín por su interés, tiempo, disponobilidad y conocimiento dedicados a la revisión de este trabajo.

Y.V.G.

INDICE

	pág.
Resumen	3
Introducción.	4
Capítulo I . Concepto e Importancia de la Obesidad.	6
1.1. Antecedentes Históricos de la Obesidad	6
1.2. Definición de Obesidad.	8
1.3. Clasificación de la Obesidad.	11
1.4. Etiología de la Obesidad.	13
1.5. Diagnóstico de la Obesidad.	19
1.6. Incidencia y Prevalencia.	22
1.7. Tratamientos de la Obesidad.	25
1.8. Tratamientos Psicológicos.	32
Capítulo II. Estilo de Vida.	41
2.1. Sedentarismo.	44
2.2. Hábitos Alimenticios.	47
2.3. Situación Familiar.	65
2.4. Situación Laboral.	71
2.5. Personalidad.	79
Capítulo III. Metodología.	86
3.1. Planteamiento del Problema.	86
3.2. Hipótesis.	87
3.3. Objetivos.	87
3.4. Diseño.	88

3.5. Escenario. 2

3.6. Material. 89

3.7. Población. 89

3.8. Muestreo. 90

3.9. Procedimiento. 91

Capítulo IV. Resultados y Análisis de Resultados. 91

Discusión y Conclusión. 95

Bibliografía. 106

Anexos. 112

RESUMEN

Dentro del Estilo de Vida de cada individuo se encuentran englobados una serie de factores relevantes como el Sedentarismo, los Hábitos Alimenticios, entre muchos otros que conducen al problema de la Obesidad, la cual se haya vinculada universalmente a una serie de patologías: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades coronarias, por citar sólo algunas que vienen a reducir las expectativas de vida (Liisberg, 1991 y Gaceta Médica de México, 1990).

En este trabajo se describe una investigación que se llevó a cabo en una muestra dividida en dos grupos: 32 obesos y 28 no obesos, empleados del periódico "El Universal", casados y de ambos sexos. Para investigar la posible relación entre "Estilo de Vida (Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad) y Obesidad". Se aplicaron 2 cuestionarios, el primero conformado por 69 ítems referentes a algunos de los factores del Estilo de Vida y el segundo integrado por el Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE) y el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo, conteniendo 60 ítems. Lo anterior con la finalidad de comprobar la hipótesis: Si el Estilo de Vida guarda relación con la Obesidad entonces habrá factores específicos que son compartidos por los individuos obesos mismos que difieren de los no obesos.

El diseño de selección de muestra se basó en un muestreo no aleatorio intencional con un diseño Expostfacto Correlacional usando un análisis estadístico no paramétrico (prueba U de Mann Whitney). Se encontró que las mujeres obesas y no obesas son diferentes en los factores Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Laboral y Depresión, a un nivel de significación de $p < 0.001$; mientras que los hombres obesos y no obesos son diferentes en: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, con un nivel de confianza del 99.9%. Asimismo comparando mujeres y hombres obesos (no obesos) estadísticamente se observó que comparten prácticas en su Estilo de Vida con un nivel de significación de $p < 0.001$.

Con lo cual concluimos que los individuos comparten prácticas en su Estilo de Vida que se asocian o no a la obesidad.

INTRODUCCION

La Obesidad, complejo síndrome en el que están involucrados factores genéticos, bioquímicos, metabólicos, neurales, socioeconómicos y psicológicos, entre otros, ha sido investigada exhaustivamente y aún son escasos los conocimientos acerca de su origen. Ante ello se ha especulado múltiples causas y mecanismos como generadores de la misma : un mecanismo basal disminuido ; una mayor absorción y utilización de los alimentos ; un trastorno hereditario que hace que las células adiposas acumulen mayor cantidad de grasa o por la lentitud de las células adiposas para movilizarse de los depósitos cuando los tejidos requieren calorías ; sin embargo, la teoría más aceptada es la existencia de una ruptura entre el equilibrio energético del balance ingreso - gasto derivado en una acumulación excesiva de tejido adiposo que se manifiesta en un aumento del peso corporal debido a que el organismo ingiere más alimento de lo que necesita para cubrir sus requerimientos de energía almacenando el resto en forma de grasa (Peña, Vingut, Flores, Amador, Pérez y Miyares, 1978; González, Piñeiro y Guell, 1978).

Junto a estos elementos hemos de considerar una serie de factores psicológicos (la ansiedad, el estrés y la depresión) que deben ser valorados ya que, a veces, pueden por sí mismos desencadenar y mantener todo el mecanismo de la Obesidad.

En los últimos años el avance de la Psicología ha permitido la integración de diversas áreas, sin embargo, en lo que respecta a la investigación de la Obesidad esta integración no ha sido completa ya que en los estudios se ha reportado en forma disociada la relación entre la Obesidad y aspectos tales como el comportamiento, la salud, la situación familiar, entre otros, sin considerar que dichos elementos son complementarios. Al respecto, Milsum (1980, Cit. En: Davidson y Davidson, 1980) argumenta que el Estilo de Vida ha llamado poderosamente la atención de la comunidad médica debido al reconocimiento de su alta incidencia en los problemas de salud que aquejan a los individuos, además afirma que los cambios en el Estilo de Vida de las personas para

obtener una mejor calidad de vida se encuentran íntimamente relacionados con la modificación de su conducta. Ante ello, los Psicólogos clínicos, Psiquiatras y Médicos concuerdan en que la Obesidad, el Estrés, el Tabaquismo y el consumo excesivo de Alcohol son factores de alto riesgo para la salud. Por lo tanto, si se identifican algunos de los componentes psicológicos que contribuyen a potencializar tales factores entonces la Psicología aportará valiosas consideraciones que podrían incidir en la reducción de este problema de salud.

Este trabajo está integrado por 4 capítulos :

En la parte inicial se abordan los antecedentes históricos de la Obesidad donde se delimitan las conceptualizaciones que se le han brindado, a través de los años, por los distintos profesionales de la salud; la designación causal (biológica, medio ambiental, social, cultural y psicológica); la incidencia y prevalencia, así como los métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento.

En la segunda parte se describen estudios relevantes que indican la influencia de ciertos factores del Estilo de Vida: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar Situación Laboral, y Personalidad. Con ello fundamentamos la necesidad de un análisis integral de las prácticas cotidianas en relación con la Obesidad.

En la tercera parte se describe la metodología usada para este estudio: el planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, diseño, escenario, población, instrumentos y el proceso de aplicación con el objeto de visualizar los elementos que constituyeron la base de nuestra investigación.

En la parte final se describen los resultados y se precede a un análisis general y específico, para delimitar si existen diferencias entre los Estilos de Vida de los Obesos y No Obesos.

El objetivo general de este trabajo es investigar la posible relación entre el Estilo de Vida y la Obesidad.

CAPITULO I
CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LA OBESIDAD

1.1 Antecedentes Históricos de la Obesidad.

En épocas anteriores, la obesidad era un signo de buena salud del individuo e incluso un atributo de belleza. Desde Hipócrates y durante cientos de años, los médicos habían notado que los obesos tenían menos riesgos de contraer enfermedades que los delgados, aunque cabe destacar que la mayoría de enfermedades mortales eran de origen infeccioso y por tanto, no se había constatado la asociación de obesidad con enfermedades degenerativas.

Gochi (1965, Cit. En: Cormillot , Zukerfeld, Olkies y Murua, 1977) menciona que entre los Etruscos, Persas y Egipcios el modelo estético estaba más bien en las figuras longilíneas estilizadas, en contraste con toda la civilización Grecorromana de la que nace la civilización Occidental. De todas formas parece que en general, la abundancia es plasmada en figuras "gordas", como la del Dios Apis (Egipto). La clásica característica de pasividad en el obeso fue ya percibida por Julio César, quien decía proféticamente "No tengo miedo al hombre gordo como Antonio, sino a esos delgados y pálidos como Bruto y Casio".

La idea de la abundancia -gordura- continua en la Edad Media y en el Renacimiento, evidenciándose ampliamente en la literatura, pintura y escultura. Las concepciones estéticas comienzan a cambiar a fines del Siglo XIX y a comienzos del Siglo XX, hasta el punto de que Marañón (1926, Cit. En: Cormillot y Cols. Ibid) refiere que según sus observaciones, nunca fue tan intensa la obsesión para adelgazar como en nuestro tiempo, ni nunca se ha llevado a tal extremo de escualidez el prototipo delgado de la figura humana. Esta concepción estética tuvo un leve retroceso al final de la década de los 40 y a principios de los años 50, pero ahora sigue en vigencia y no cabe duda que con notable exageración,

debido a la variedad de influencias que condicionan esta modalidad: economía, factores sexuales y en muchos de los casos la imitación de los países Europeos.

Percibimos que la adopción de prácticas por parte del individuo, que le conduzcan a poseer un cuerpo voluminoso o esbelto se ha ido modificando ampliamente, la explicación de esto ha quedado expresada en el párrafo anterior mediante la indagación de los factores sociales por la influencia de los estereotipos, pero consideramos que el análisis no se debe restringir a ellos sino que deben ser objeto de estudio las condicionantes biológicas y psicológicas del individuo obeso con sus repercusiones particulares. A través de todas las épocas, la literatura y el arte han pintado al obeso como un alma festiva, "orgulloso de su periferia". Sin embargo, esta imagen no parece ser muy aceptada por muchos de los millones de corpulentos que se han esforzado por perder la grasa que perjudica tanto su aspecto como su salud.

Ahora, en los últimos años se ha dado a conocer por los medios de comunicación y de la labor informativa de grupos institucionales y privados los riesgos que el exceso de peso puede suponer para la salud. En México la obesidad ha aumentado cada vez más dentro del cuadro de salud y constituye, en estos momentos, el problema nutricional más importante a resolver (San Martín, 1985).

Por lo cual, cabe señalar que la obesidad es considerada como una situación no deseable ni desde el punto de vista médico, social ni desde el aspecto psicológico, constituyendo un motivo de preocupación tanto colectivo -organismos responsables del área de salud- como individual -sujetos obesos o personas relacionadas con ellos- ya que no es solamente una molestia es, verdaderamente una enfermedad cargada de amenazas y que conviene tratar o mejor aún prevenirla.

La preocupación generada entorno a la obesidad se justifica por las alteraciones negativas que consigo presenta y al ser foco de atención en las distintas disciplinas de la salud se observa que no está condicionada por un solo factor, sino que sobre ella gira toda una gama de factores que denotan la particularidad de obesidad y por ende la necesidad de

su especificidad en cada grupo social, cultural y porqué no familiar, si concebimos que estos factores influyen, se estaría considerando que determinadas prácticas compartidas son generadoras de obesidad y que por lo tanto, una vez esclarecidas o especificadas se podría preveer de alternativas de acción preventiva en otros grupos de riesgo. Todo ello lo conceptualizamos en el aspecto psicológico como Estilo de Vida dentro del cual seleccionamos los siguientes factores: sedentarismo, hábitos alimenticios, situación familiar, situación laboral y personalidad, siendo éstos para nosotras de gran importancia y donde se le constituye al psicólogo de la salud a profundizar en este terreno de investigación. Cabe aclarar, que cada uno de los factores mencionados anteriormente se definirán posteriormente en el Capítulo II.

Por lo tanto, es indispensable que desde el momento en que se detecte en la persona las alteraciones que propicia la obesidad, tanto a nivel biológico, psicológico y social, participe conjuntamente con el profesional de salud en alternativas de solución viables.

Enseguida se abordarán una serie de definiciones sobre la obesidad.

1.2 Definición de Obesidad.

En el presente decenio una de las mayores preocupaciones de los profesionales de la salud ha surgido a partir de las diversas investigaciones realizadas en cuanto a la obesidad, en las cuales se ha mostrado las consecuencias devastadoras de la misma. Es por ello, que nos vimos en la tarea de consultar una diversidad de autores de los cuales vislumbramos que cada uno de ellos establece su propia conceptualización. Debido a la presencia de definiciones similares retomaremos únicamente aquellas que consideramos más sobresalientes.

Saldaña y Rossell (1988) definen la obesidad como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se manifiesta en un aumento de peso corporal debido a que el organismo ingiere más alimento de lo que necesita para cubrir los requerimientos de energía,

almacenando el resto en forma de grasa. Asimismo García y Fanghanel (1975) argumentan que esta alteración se presenta cuando se pierde el equilibrio que debe existir entre los factores de ingestión de los alimentos y la utilización de los mismos, ya sea por un aumento del primero o por disminución del segundo.

Al respecto, cabe mencionar que estos dos autores concuerdan en su planteamiento al mencionar como factores desencadenantes de la obesidad el desequilibrio existente entre la ingestión y canalización del alimento, derivado éste de las prácticas alimentarias del individuo.

Por otra parte, Bray (1976) señala que en varones de 18 años, aproximadamente, 15 ó 18% de peso corporal es de grasa; la cifra correspondiente para las mujeres es de 20 a 25%. De acuerdo con ello, este autor define a la obesidad como un contenido de grasa corporal mayor del 25% con respecto al peso corporal total para los varones y mayor del 30% para las mujeres. De la misma manera, Velasco (1991) define que la obesidad es el exceso del tejido adiposo y que siempre se manifiesta por una elevación del peso corporal mayor del 20% con respecto al peso ideal promedio.

A la vez San Martín (1988) argumenta que la obesidad es una condición en la que el peso del individuo está sobre lo que le corresponde, debido a una acumulación exagerada de grasa. Refiere el término de obesidad cuando el peso del individuo es 10% o más por encima del peso normal para su sexo y edad, a consecuencia de enfermedades de las glándulas endócrinas. Además enfatiza que los riesgos de la obesidad son muchos: una persona de 45 años con 20% de sobrepeso aumenta su posibilidad de morir en 30%; la misma persona, con 40% de sobrepeso, aumenta su riesgo a un 80%. Por lo tanto concluye que las expectativas de vida son mayores para las personas que permanecen delgadas a medida que envejecen.

En lo concerniente a estos autores observamos que a diferencia de Saldaña y Rossell, (Op. Cit.) y de García y Fanghanel, (Op. Cit.), conceptualizan a la obesidad como

una elevación del peso corporal mayor del 20% con respecto a el peso ideal siendo obtenidos estos parámetros en sus respectivos países.

Por último, en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1990) se menciona que en la práctica, la conclusión de que existe obesidad se basa en el examen clínico, confirmado por la determinación del peso o mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). Tomando en cuenta lo anterior, se consideran con exceso de peso las personas con IMC superior a 25 y obesas a las que tienen un IMC superior a 30.

Cabe mencionar que al considerar en esta definición el IMC como indicador antropométrico se describe con mayor claridad los lípidos acumulados en el individuo (extensión de su obesidad), a la vez que se puntualizan los principales trastornos de oxigenación.

Tomando en cuenta la congruencia que existe entre la diversidad de los autores (Saldaña y Rossell, Op.Cit.; García y Fanghanel, Op. Cit.;Velasco, Op. Cit.; Bray, Op. Cit.; y San Martín, Op. Cit.) que han definido la obesidad, nosotras la consideramos como la acumulación excesiva de grasa en un individuo propiciado por el desequilibrio entre la cantidad de calorías ingeridas y el gasto energético de la misma. De igual manera, esto ha sido sustentado por Saldaña y Rossell (Op. Cit.) y por Vera y Fernández, (1989) con sus implicaciones tanto a nivel físico (enfermedades y aspecto estético) como psicológico (rasgos de personalidad, hábitos alimenticios inadecuados, imagen corporal distorsionada y ansiedad). Además es necesario mencionar su relación con las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, riesgo coronario, disminución de la capacidad pulmonar, colescistitis, gota, esterilidad, problemas articulares, artritis, enfermedades cardiovasculares, estreñimiento, diabetes mellitus, hiperlipidemia, apnea del sueño, mortalidad precoz, trastornos gastrointestinales que son muy frecuentes y casi siempre inespecíficos (indigestión ácida, dispepsia), asimismo, la incidencia de cálculos biliares ricos en colesterol guardan íntima relación con el grado de obesidad, sobre todo en las mujeres, (Liisberg, 1991: Gaceta Médica de México, 1990). Por el contrario, consideramos al

individuo no obeso a aquel en el que se observa un equilibrio entre su peso, su grasa y su estructura ósea. Con esto queremos resaltar el entendimiento de que las conductas inadecuadas y el estilo de vida pueden ser componentes causales importantes en los desórdenes físicos, entre ellos la obesidad, por lo tanto, pueden ser considerados como factores de riesgo para tal enfermedad debido a su relación con patrones específicos de conducta individual.

Por otra parte, debemos resaltar la diferenciación que se ha introducido recientemente acerca de varios tipos de obesidad, en contraposición a un único y exclusivo, mismo que se abordará en el siguiente apartado.

1.3 Clasificación de la Obesidad.

Existen diversos sistemas o formas de clasificar la obesidad: en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, de la distribución anatómica del mismo o también según la causa.

Cuando se utilizan las características morfológicas del tejido adiposo para clasificarla se distinguen dos tipos diferentes: la Obesidad Hipertrófica y la Obesidad Hiperplástica. La Hipertrófica se caracteriza porque aumenta el contenido lipídico de las células del tejido adiposo. La Hiperplástica se caracteriza por un aumento del número de las células adiposas que puede acompañarse o no de un mayor contenido lipídico. El primer tipo acostumbra observarse en las obesidades que se desarrollan en la edad adulta mientras que el segundo es más frecuente en la que aparece en la infancia (Hirsch, 1976, Cit. En: Saldaña y Rossell, Op. Cit.). Esta particularidad indujo a pensar que el tejido adiposo sólo era capaz de proliferar en las primeras épocas de la vida, mientras que en la edad adulta ya no era posible producir nuevas células, limitándose a almacenar una mayor cantidad de grasa en las células preexistentes. Tal creencia se mantuvo largo tiempo hasta que recientemente se ha demostrado su inexactitud.

Actualmente se considera que cuando las necesidades de almacenar grasa son moderadas, el tejido adiposo las resuelve aumentando la capacidad de depósito lipídico en sus células, mientras que cuando estas necesidades de almacenaje son muy elevados es necesario aumentar el número de células, razón por la cual se produce la hiperplasia, (Saldaña y Rossell, Ibid).

San Martín (Op. Cit.) determina los tipos de obesidad denominando como obesidad simple al tipo más frecuente que se produce por el hábito de comer mucho o porque la dieta tiene exceso de hidratos de carbono y grasa, esta tendencia a comer en exceso suele estar vinculada por factores emocionales. La obesidad constitucional está condicionada por trastornos metabólicos - genéticos. En la obesidad endócrina el papel principal lo juega la glándula pituitaria, pero también puede intervenir la tiroides, las suprarrenales y las gónadas.

En función del grado de obesidad Infante (1993) la ha clasificado en tres categorías:

a) Leve que corresponde cuando el peso excede del 130 al 135% con respecto a la talla.

b) Moderada entre 136 y 150%.

c) Grave o severa cuando el peso excede el 150%.

Velasco (Op. Cit.) propone una clasificación de enfermedades en relación a tres aspectos: etiológicos, anatómicos y factores coadyuvantes, entre estos últimos considera a la obesidad por ser producto de influencias familiares, inactividad física, factores dietéticos, socioeconómicos, educacionales, culturales y psicológicos.

Por lo expuesto en los párrafos anteriores observamos que las clasificaciones elaboradas por autores de los años 70' se restringen a la consideración de factores de edad, peso y talla. Sin embargo, en los últimos años, San Martín (Op. Cit.) y Velasco (Op. Cit.) plantean la vinculación existente entre los aspectos psicológicos, fisiológicos y genéticos derivando con ello una categorización más estructurada en cuanto a obesidad.

Evidentemente los intentos de clasificar la obesidad obedecen a la existencia de formas distintas dentro del mismo síndrome siendo percibidas tanto por los profesionales de la salud como por los organismos y entidades implicados en la gestión de la salud pública, sin que puedan ser aún exactamente catalogadas de momento, la clasificación no discutida es la que se establece a partir de la etiología.

1.4 Etiología de la Obesidad.

Nos resulta claro que la obesidad no sólo tiene un origen, sino que es resultado de la interacción de numerosos eventos que si bien no se conocen con precisión, si se habla de algunos factores que dan pie a ella, como son: genético, metabólico - endócrino, medio ambiental, económico, social y psicológico.

Genético.

El papel de factores heredados en el desarrollo y conservación de la obesidad sólo se comprende parcialmente. El problema todavía resulta más confuso cuando se plantean cuestiones acerca de los genes específicos, marcadores genéticos, o mecanismos rígidos genéticamente que pudieran explicar algunos de los casos de obesidad en los cuales tiene importancia el genotipo y en contraste, hay muchos datos acerca de ello, (Bray, 1989).

Ibañez y Barreto (1987, Cit. En: Mancilla y Cols., Op. Cit.) argumentan que probablemente nadie duda que los genes desempeñan un papel importante en la obesidad humana, al afectar a varios miembros de una misma familia. Se ha comprobado que cuando los progenitores son obesos, el 80% de su descendencia también lo es, mientras que sólo se encuentra un 10% de obesidad en los descendientes de padres delgados.

Por el contrario, Taylor y Anthony (1985) argumentan que factores como el Estilo de Vida y la actitud hacia la comida desempeñan sin duda importante función en la etiología del patrón heredado (los genes).

Un factor en la génesis de la obesidad atribuido en la herencia, lo constituye el somatotipo que se transmite de padres a hijos. Los somatotipos son una clasificación antropológica de carácter físico que se basa en el tamaño y en la proporción del cuerpo. El endoformo posee un cuerpo bastante grande , brazos y piernas cortos. El mesomorfo tiene un tórax grande y musculoso que predomina sobre el abdomen, sus articulaciones son prominentes. El ectomorfo tiene un cuerpo bastante pequeño, una estructura ósea delicada, brazos y piernas largas.

Por su parte Vera y Fernández (Op. Cit.) manifiestan que la consideración de la influencia del factor genético en el origen y/o mantenimiento de la obesidad ha cobrado importancia en los últimos años, sin embargo, no se dispone todavía de estudios experimentales que permitan establecer el papel específico que desempeña, por ello están siendo evaluados cada vez más en los últimos años.

Metabólico - Endócrino.

Algunos desórdenes metabólicos como las afecciones de la tiroides producen la tendencia al peso excesivo; los cambios de función que acompañan a las lesiones del hipotálamo hacen que aumente el apetito, aunque esos problemas resultan graves son muy raros (Sebrell y Haggerty, 1980). Los signos de la obesidad hipotalámica se dividen en tres grupos: el primero guarda relación con cambios de la presión intracraneal e incluye cefalea y disminución de la visión. El segundo grupo de síntomas comprende manifestaciones y alteraciones endócrinas e incluye trastornos de la función reproductora con amenorrea o impotencia. Por último, en el tercer grupo están las convulsiones y somnolencia, (Bray, Op. Cit.).

Taylor y Anthony (Op. Cit.) sostienen que hay dos patrones de la obesidad humana basadas ambas en el carácter celular del aumento de las reservas adiposas: el hiperplástico en el que se observa un incremento de los adipocitos y tamaño normal o aumentado de las células; el hipertrófico en el que solo está aumentado el tamaño de las células.

En años recientes, los aspectos endócrinos de la obesidad han alcanzado un lugar importante al considerar su patogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Una explicación posible de algunas formas de obesidad se encuentran en cierto desequilibrio hormonal primario, que al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía o ambos, da por resultado el equilibrio energético positivo con el consiguiente almacenamiento excesivo de calorías en el tejido adiposo. Recientemente han aparecido informes fidedignos de que el obeso suele tener células adiposas no sólo en mayor número sino también en tamaño mayor que las personas que no son obesas, (García y Fanghanel, Op. Cit.). Así estos autores mencionan que el número total de adipocitos perdura toda la vida, a pesar de que se obtenga una reducción en el peso, y sólo el volúmen celular es el que puede normalizarse cuando el individuo alcanza su peso normal. Además argumentan que existen evidencias de que la sobrealimentación en los primeros años de vida es el causante del aumento del número de adipocitos.

Por último, enfatizan que aunque la etiología última de la obesidad no haya sido aclarada debe considerarse el papel relativo de los cambios metabólicos (hiperinculinismo, resistencia a la insulina), del apetito (orgánicos, funcionales o ambientales) y anatómicos (número y volúmen de los adipocitos).

Medio Ambiental.

Varios factores ambientales influyen en la capacidad del cuerpo para controlar su peso y al parecer esta función la cumplen al anular de alguna manera la acción del centro de control del hambre.

Rodin, Elman, Schachter (1974, Cit. En: Bray, Op. Cit.) han emitido una hipótesis según la cual la relación entre excitabilidad y estímulos externos trabaja de dos maneras :

1) Los estímulos externos pueden desencadenar la excitación.

2) La excitación intensifica la percepción de estímulos externos, de manera que el organismo en estado de excitación tiene mayor tendencia a responder a los estímulos.

Estos dos aspectos de la excitabilidad guardan relación con el desarrollo de la obesidad ya que las personas con umbrales bajos de excitabilidad responden más a estímulos particulares como el alimento; cuando se presentan éstos, los individuos se percatan más de la presencia de ella y reaccionan más rápida e intensamente que otras personas. Esta reacción se ha comprobado tanto en investigaciones con animales como con seres humanos.

En varios estudios se ha observado que los obesos reaccionan ante los estímulos externos (entre ellos el gusto, aspecto u olor de los platillos) sin atender a las señales que genera su sistema regulador interno.

En un experimento, un grupo de sujetos obesos bebió más batido de leche con vainilla que otro grupo de personas no obesas cuando el batido tenía buen sabor; consumió menos cuando el batido contenía quinina. Otro factor que influía en su apetito era la hora del día (suponer que era tiempo de comida o de cena) y la vista de los platillos.

Todavía no se sabe si estos fenómenos tienen importancia etiológica, pero parece probable que el grado en el cual las personas gustan de ciertos alimentos (el sabor dulce, las comidas ricas en grasa) y hasta qué punto pueden seleccionarlos, contribuye a la conservación de la obesidad. No obstante, en estudios más recientes las observaciones anteriores han aportado más datos, como por ejemplo, el que los obesos comen más rápidamente, mastican menos la comida y terminan antes que los no obesos, (Schrock, Fulton y Beard, 1985). Ciertamente, no todos los individuos que tienen respuestas a estímulos externos se vuelven obesos y más importante, no todos los obesos tienen umbrales bajos de excitabilidad y responden a estímulos externos.

Económico.

Mc Laren (1983) y Valencia (1981) mencionan que la obesidad se relaciona muy claramente con la clase social, particularmente entre las mujeres. Argumentan que en sociedades occidentales la obesidad de leve a moderada se debe a la combinación de sobrealimentación y a la nula actividad.

Los individuos de clases económicamente desprotegidos en países desarrollados son susceptibles a la obesidad, mientras que en países en desarrollo son los individuos de clases dominantes los que tienden al sobrepeso y padecen enfermedades degenerativas. También se ha observado que los hábitos en la frecuencia y abundancia de comidas juegan un papel muy importante en relación con la obesidad.

Ciertos estudios (Moore, Stunkard y Srole, 1962; Cit. En: Aguilar y Padrón, 1993) han demostrado que la obesidad es siete veces más frecuente en el grupo socioeconómico más bajo que en el más alto y la diferencia es marcada entre todas las mujeres.

Las variaciones en la prevalencia de la obesidad entre las diferentes clases sociales reflejan actitudes generales y un alto valor calórico a la comida, más que alteraciones metabólicas individuales .

Psicológico.

La imagen estereotipada del obeso es el de una persona glotona que come constantemente por abandono, esta imagen ha sido repetidamente presentada por los más diversos medios; no es raro leer artículos que enumeran las enormes cantidades de alimentos consumidos por individuos determinados y la forma como las ingieren, (Bray, Op. Cit.). La consecuencia de tales informes es que las personas obesas comen de manera muy diferente que los individuos delgados.

Con un enfoque más científico y objetivo, los investigadores han intentado valorar las diversas conductas alimentarias de los obesos para estimar si éstas, en alguna forma, contribuyen al aumento de peso.

Decourt y Périn (1964) mencionan que la obesidad parece desarrollarse bastante a menudo bajo la influencia de una tensión emocional prolongada, (en casos de depresión, pena, ansiedad, aburrimiento o agobia en general) de orden afectivo o ligada a las condiciones de la vida social. Estos casos se acompañan frecuentemente de sobrealimentación compensadora, es decir, el comer se convierte en un pequeño placer, en una existencia, por lo demás triste. Con el tiempo, la "glotonería" podría convertirse en una muleta para la tristeza. De igual forma, Bruch (1973 Cit. En: Schrock y Cols. Op. Cit.), está convencido de que los factores psicológicos rigen en gran medida la ingestión de alimentos y que la mayoría de los casos de obesidad que no tienen una enfermedad fisiológica específica, se deben a ellos. Es necesario enfatizar que nosotras apoyamos el planteamiento de este autor, ya que a través de toda una revisión teórica vislumbramos que la obesidad no es únicamente una patología fisiológica, sino que por el contrario, tiene grandes repercusiones a nivel psicosocial originando así alteraciones severas tanto en la propia personalidad del individuo obeso como en el entorno que lo rodea. Con esto planteamos la vinculación que existe entre el entorno en el cual se desarrolla el individuo (laboral, familiar, recreacional) y la incidencia de obesidad, ya que es en estos ámbitos donde se desempeña y a través de los cuales adopta sus pautas de acción.

El estigma social que acompaña a la obesidad explica por que estas personas a menudo sean víctimas de problemas psíquicos. Muchas veces tienen una imagen corporal distorsionada, pues creen ser grotescos y repulsivos y que la gente los mira con desprecio y hostilidad al ser señalados como personas débiles, poco atractivas, no eficientes, discriminadas a la hora de solicitar empleo, indisciplinadas, con falta de control sobre sí mismas y con marcadas carencias afectivas, originando en ellos problemas tales como: pérdida de autoestima, depresión, relaciones interpersonales pobres que los conducen a un

aislamiento social. Todos estos factores hacen que el individuo obeso, experimente altos niveles de ansiedad.

Por lo anterior, toda persona obesa tendría que someterse a un examen completo y riguroso que haga énfasis en indagar todo lo referente a la patología relacionada con la obesidad lo que implicaría la adopción de un diagnóstico integral. Este aspecto lo abordaremos a continuación.

1.5 Diagnóstico de la Obesidad.

Métodos de Evaluación.

En la actualidad, se han desarrollado numerosos métodos para la estimación de la obesidad por lo que nos centraremos solamente en la determinación peso - talla, circunferencias y pliegues cutáneos. Enseguida se describen cada uno de ellos.

Peso y Talla.

Con estas medidas se tiene las ventajas de la amplia disponibilidad del equipo, facilidad, precisión del uso y aceptación general de los individuos. De hecho, la mayor parte de los individuos definen la obesidad según su "peso corporal". El problema básico con estas medidas es que el peso guarda estrecha correlación con la talla y por ese motivo no es una buena medida de la grasa corporal. Para resolver estas dificultades se han utilizado dos métodos básicos.

El primero es el peso relativo. Este sistema, popularizado por las compañías de seguros, incluye dividir el peso del individuo por un peso estándar que se basa en su talla.

De todas maneras, el concepto de peso relativo tiene inconvenientes. En primer lugar, se necesita algún tipo de peso estándar ya que las tablas comparativas pueden perder

confiabilidad si han sido realizadas con datos que provienen de individuos muy diferentes en costumbres alimenticias y en general en lo que confiere a su entorno social. Un problema es que no se sabe exactamente cómo un obeso debe acercarse al peso estándar o aceptable para ser considerado como una reducción satisfactoria de riesgo. Consideramos que un segundo problema es que son necesarias tallas de peso estándar para determinar los pesos relativos, de manera que no hay un estándar único para todos los individuos.

El segundo método es el que Garrow y Webster (1985, Cit. En Bray, Op. Cit.) recientemente han sugerido al mencionar que el índice de masa corporal (BMI) en realidad es una medida de grasa corporal relacionada con la talla y que constituye una mejor medida de obesidad.

Circunferencias.

La medición de circunferencias corporales con una cinta métrica tienen las mismas ventajas de movilidad, facilidad, aceptación.

Por tanto, es posible caracterizar los obesos según la proporción de las circunferencias de abdomen o cintura y las de región glúteas o caderas. Los hombres presentan Obesidad Androide (acumulan grasa en el abdomen y alrededor del pecho) mientras que las mujeres presentan Obesidad Genoide (acumulan grasa en las caderas, abdomen y muslos).

Pliegues Cutáneos.

Las mediciones de espesor de pliegues cutáneos poseen varias de las mismas ventajas que la medición de peso y talla.

Lohman (1981, Cit. En: Bray, Ibid.) recientemente ha revisado varios estudios que comparan los resultados de pliegues cutáneos y peso bajo agua en un mismo individuo, para predecir el porcentaje de grasa corporal.

Liisbert (Op. Cit.) propuso un método que consiste en medir el peso en kilos, por el cuadrado de la estatura en metros, obteniendo un valor denominado "índice de masa corporal". Cuando este índice se sitúa entre los 20 o los 25 se puede estar seguro de que el peso es perfectamente normal y del todo compatible con un buen estado de salud. Si se sitúa entre los 25 y los 30 el peso es excesivo y conduce a la obesidad.

Cuanto más grave es la obesidad mayor es el riesgo, además este también aumenta con la acumulación de grasa en el perímetro abdominal. Un método sencillo para calcular esta obesidad consiste en medir las circunferencias de la cintura, de las caderas y luego dividir la primera por la segunda, si el resultado es superior a .85 la salud corre riesgo.

Ante ello la medición del pliegue cutáneo parece ser el método más sencillo y práctico para determinar el grado de obesidad en virtud de que estas mediciones proporcionar, una buena indicación no sólo de la grasa subcutánea (aproximadamente 50% de la grasa total) sino también del contenido total de grasa corporal, en comparación con los resultados de otros métodos. Para ello, es necesario adecuar instrumentos de medición que tengan las cualidades métricas necesarias, calcular unidades pertinentes y estudiar la significación de las mediciones por sí mismas. También se requiere una atención exigente tanto a nivel de la propia concepción del instrumento de medida como a nivel de su uso o modo de empleo a fin de evitar al máximo todo sesgo metodológico y toda distorsión en la aplicación.

Las características anteriores son cumplidas por el plicómetro por lo cual lo retomaremos, en la presente investigación, como instrumento de medición. La medición del pliegue cutáneo que se obtiene con él es el grosor de la piel plegada más el tejido adiposo subcutáneo unido, puesto que la grasa subcutánea es proporcional al contenido graso total del organismo.

Las zonas del cuerpo donde se miden los pliegues cutáneos acostumbran ser: el área posterior del brazo (pliegue tricipital), el borde inferior de la escápula (pliegue subescapular), el borde superior de la cresta ilíaca (pliegue ilíaco), la región paraumbilical (pliegue abdominal) y la superficie media anterior del muslo. Se considera que existe obesidad cuando el espesor de un pliegue cutáneo es superior a 1.5 cm en el hombre o a 2 cm. en la mujer.

La persona que efectúa esta medición pellizca una porción lo más amplia posible, de piel y tejido subcutáneo entre el pulgar y el índice de la mano izquierda a una distancia de aproximadamente 1 cm del lugar donde debe colocarse el medidor, estirando el pliegue del músculo subyacente. La piel debe ser pellizcada firmemente y mantenida así mientras se efectúa la medición. El medidor se aplica al pliegue aproximadamente 1 cm por debajo de los dedos, de manera que la presión sobre el pliegue en el punto de la medición sea ejercida por las superficies del medidor y no por los dedos. Se suelta el mango del medidor para permitir toda la fuerza de presión del brazo del medidor, y la lectura se efectúa redondeando al 0.5 mm de inmediato.La aplicación del medidor debe ser al menos dos veces para conseguir valores fiables. Si los pliegues son excesivamente gruesos, las lecturas deben efectuarse 3 segundos después de aplicar la presión del medidor.

Considerando los planteamientos anteriores se vislumbra que no existe acuerdo entre los distintos autores cuando se trata de elegir el método más apropiado para definir y cuantificar la obesidad. Lo verdaderamente cierto es que está presente y se da, cada vez más frecuentemente, en mayor o en menor medida en todas las esferas sociales. Estos índices serán analizados en las páginas subsiguientes.

1.6 Incidencia y Prevalencia.

A medida que la vida del hombre se ha prolongado, la obesidad se ha convertido en un problema urgente siendo la primera causa de consulta nutricional en los países

desarrollados, donde alcanza alta prevalencia tanto en la adolescencia como en la vida adulta, este fenómeno ha sido también descrito en los países en vías de desarrollo. Desde hace más de 25 años, los estudios han demostrado que la obesidad constituye un problema de salud pública en la población adulta, especialmente del sexo femenino, con una frecuencia creciente en los grupos de mayor edad. Estudios recientes confirman esta tendencia al demostrar 30.8% de obesidad en la mujer y 19.6% en el hombre, prevalencia que se relaciona positivamente con la edad y negativamente con la talla y nivel socioeconómico, (Velasco, Op. Cit.).

Un estudio de la Metropolitan Life Insurance Company (En: Sebrell y Haggerty, Op. Cit.), corrobora lo mencionado anteriormente al plantear que hay un 13% más de muertes entre los hombres y un 9% más entre las mujeres que tienen un 10% de peso excesivo, que entre las personas de peso normal que se hayan en el mismo grupo de 15 a 69 años; para el 20% de peso excesivo, las cifras se elevan a 25% más de muertes para los hombres y 21% para las mujeres; mientras que para el 30% de peso excesivo hay 42% más de muertes entre los hombres y 30% entre las mujeres.

Asimismo un estudio de la Sociedad de Actuarios, hecho a largo plazo entre 5000000 asegurados mostró que la tasa de mortalidad de hombres entre los 15 y los 69 años de edad es una tercera vez mayor en aquellos con 20% o más de sobrepeso, que la calculada para el grupo considerado como riesgo "estándar" (García y Fanghanel, Op. Cit.).

Otro aporte ha sido el de una investigación de la población americana en la que se reveló que las mujeres son más propensas que los hombres a ser obesas durante los primeros 20 años de vida, sin embargo, tiende a haber ligeramente menos mujeres masivamente obesas que hombres; durante los 30 años los números son similares en ambos sexos; pero durante la 5a. y 6a. década, aproximadamente, hay el doble de mujeres severamente obesas que de hombres (Angel, Winocur y Roncari, 1989, Cit. En: Alvarez, Osornio y Vázquez, 1992).

En comparación con los datos anteriores los estudios epidemiológicos en nuestro medio son pocos en relación con los de otros países. En 1967, Chávez y Díaz (Cit. En: García y Fanghanel, Op. Cit.) realizaron un estudio de frecuencia de la obesidad en algunas zonas de la República Mexicana. Se pesaron y midieron 4456 personas mayores de 14 años de edad en 15 comunidades rurales y en 3 núcleos de diverso nivel socioeconómico de la Ciudad de México. Se encontró que en el medio rural, la frecuencia de obesidad en hombres es baja (aproximadamente 5% y siempre en grado I- sobrepeso de 10 a 19 %). En mujeres resultó un poco más alta (10%). En cambio en el medio semirural, la frecuencia fue de 11% en hombres y de 12% en mujeres, lo que probablemente obedece a las costumbres y hábitos de "tipo urbano" en estas comunidades. Finalmente, en el medio urbano la frecuencia se elevó hasta un 28.5% y además, fue de grados más avanzados.

Esta información, a la vez, ha sido sustentada por Velasco (Op. Cit.) quien argumenta que la incidencia de obesidad varía significativamente respecto a dos factores: Nivel Socioeconómico y Medio Ambiente. Así la obesidad es mucho más frecuente en individuos con nivel socioeconómico más bajo (probablemente debido a un predominio en su dieta de hidratos de carbono) y es más frecuente en el medio urbano sobre el rural por el sedentarismo y por el aumento de la ingesta calórica.

Al respecto González (1988) refiere que la cifra recomendable de ingesta promedio por habitante es de 2575 calorías y 76.5 gr. de proteínas. Con base en esto, se estima que más de la mitad de la población de México está subalimentada, en tanto que del 10 al 15% de la población, fundamentalmente urbana, está sobrealimentada.

Además, únicamente el 18% ingiere dietas adecuadas; se estima que debido a la crítica situación económica del país ha tenido lugar una reducción del 18% de ingesta calórica y un 15% de la proteica. Tales reducciones afectan particularmente a los grupos de menores ingresos.

Asimismo, Chávez (1992, Cit. En: Mancilla y Cols. Op. Cit.) plantea que con los programas de alimentación para el futuro, el 25% de la población con mayores recursos

llegará a tener una disponibilidad alimentaria de 4500 calorías diarias por persona. Entre otros problemas de salud, esta población tendrá 30% de obesidad en mayores de 25 años; por lo tanto, se hace indispensable la investigación de los hábitos alimenticios para prevenir que este problema se incremente en el futuro.

Por lo anterior consideramos que para modificar los hábitos y costumbres perjudiciales es necesaria la educación para la salud en diferentes niveles, concentrándose en el control de la obesidad en las diferentes etapas de la vida en las que puede llegar a presentarse. Mientras que, por el contrario, cuando se ha desarrollado se debe recurrir a las opciones de tratamiento más convincentes. Ante ello, confirmamos que existen numerosos enfoques terapéuticos para tratar la obesidad, pero la mayoría de ellos tienen un alto porcentaje de fracasos ya sea por abandono de tratamiento o por recaídas posteriores. Por lo tanto, lo más urgente es encaminar los esfuerzos hacia la prevención primaria (impedir el desarrollo de la obesidad) única forma efectiva de reducir la prevalencia. Por tanto, la prevención debe estar orientada con un criterio de riesgo, para lo cual es fundamental conocer la importancia relativa de los factores condicionantes, promoviendo su adecuación en aquellos individuos más expuestos a desarrollar la enfermedad.

1.7 Tratamiento de la Obesidad.

De la gran variedad de tratamientos no psicológicos encaminados a reducir o eliminar la obesidad, retomaremos los más comúnes como son: las dietas, los fármacos, la cirugía y el ejercicio.

Dietas.

Se han practicado una importante variedad de dietas especiales, en las que se pone particular énfasis en las proteínas, las grasas o los carbohidratos, pero no existe evidencia de que ninguna combinación especial de las tres fuentes básicas de calorías pueda invertir la ley de la conservación de la energía.

Se afirma que los mejores métodos dietéticos son aquellos que hacen al individuo conciente de las calorías, al mismo tiempo que les permite seleccionar cantidades relativamente reducidas de los alimentos que consume habitualmente. La dieta debe ser planeada como para asegurar una pérdida de peso de medio a un kilo por semana con una ingesta adecuada de proteínas (cuando menos 50 gr. por día). Es necesario recordar que 1 gramo de proteínas produce aproximadamente 4 calorías, y 1 gr. de carbohidratos da un valor calórico similar y que 1 gr. de grasa proporciona aproximadamente 9 calorías.

La distribución de alimentos en número de comidas y meriendas es un asunto de preescripción y experimentación individuales: una buena dieta de reducción es aquella en la que el individuo no siente excesiva hambre. Conociendo el patrón normal de hambre y saciedad del individuo, puede efectuarse un cálculo del número de comidas y meriendas que evitará la sensación excesiva de hambre. Si el hambre se desarrolla una vez que se ha instituido la restricción calórica, la fragmentación adicional de la cantidad permitida de alimentos al día puede ayudar a aliviar el problema.

Una vez que se alcanza el peso normal, la ingestión calórica puede aumentarse pero, si se quiere mantener el peso normal, es indispensable que se siga un régimen dietético controlado en forma indefinida, (García y Fanghanel, Op. Cit.).

A pesar de la simplicidad de elección, se han creado quizá millares de dietas principalmente con nombres llamativos, entre las cuales encontramos: Dieta de la Toronja, del Dr. Atkins, Arroz de Kempner, Fructuosa, Vegetarianas, Dieta de la Luna y del Ayuno. Las cuales se describen a continuación.

Dieta de la Toronja. Se argumenta que esta fruta tiene enzimas catalíticas que promueven el catabolismo de los lípidos o que los disuelven, es decir, que inducen la conversión de los triglicéridos del tejido adiposo en ácidos grasos libres que posteriormente serán utilizados como fuente de energía. Esta afirmación carece de fundamento ya que no hay ninguna razón científica de dichas sustancias catalíticas. En esencia se trata de una dieta hiperprotéica y baja en hidratos de carbono que consumida en cantidades reducidas puede producir pérdida de peso, si bien la toronja no juega ningún papel en esta reducción.

Uno de los mayores riesgos de este régimen alimenticio es que puede aumentar la concentración de colesterol en individuos susceptibles.

Dieta del Dr. Atkins. En esta se recomienda un consumo ilimitado de lípidos y proteínas restringiendo la ingestión de hidratos.

Esta dieta produce cetosis y tiene serios efectos secundarios que van desde la fatiga hasta la arritmia cardiaca pasando por la náusea y el agotamiento de la reserva de calcio.

Dieta de Arroz de Kempner. Se trata de una dieta a base de arroz y fruta y por tanto, alta en hidratos de carbono y muy baja en proteínas y sodio.

Este régimen es deficiente en vitamina A y B12, en proteínas, produciendo una disminución en la tensión arterial, asimismo se ha reportado desmineralización ósea, particularmente en personas muy obesas y de edad avanzada que siguen esta dieta por más de 6 meses.

Dieta de la Fructuosa. La fructuosa es un hidrato de carbono simple (azúcar) que se encuentra de manera natural en las frutas. Gramo por gramo es más dulce que la sacarosa (azúcar de mesa) o que la glucosa, y no estimula la liberación de insulina como lo hacen éstas.

Todo ello ha dado lugar a la aparición de dietas, basadas en fructuosa, que se promueven con los argumentos de que reducen el estrés del hombre y facilitan que el obeso se apegue al tratamiento hipoenergético.

La fructuosa tomada antes de los alimentos supuestamente reducirá el hambre durante la comida por lo que el sujeto "tenderá a comer menos". Se dice que parte del peso perdido es "líquido no deseado" pero se evita aclarar que este peso se recuperará al abandonar la dieta. La reducción de peso que se logra con esta dieta radica en su bajo contenido de energía y no en la supuesta magia de la fructuosa.

Ayuno. Consiste en tener al agua como único alimento. El ayuno durante períodos cortos se justifica en individuos con obesidad extrema que necesitan bajar de peso. Debe seguirse sólo bajo la estricta supervisión del equipo de salud, pues entre los peligros se encuentra la deshidratación, la cetosis, la elevación de las concentraciones de ácido úrico, los mareos, las náuseas y, entre otros, la muerte.

Dietas Vegetarianas. Si se planifican con cuidado y se incluye una gran variedad de alimentos pueden ser dietas equilibradas y adecuadas para el manejo de la obesidad. No se podría afirmar que todas las dietas vegetarianas de reducción sean falaces. Lo son cuando no implican una restricción energética y sin embargo prometen que el individuo bajará de peso por el simple hecho de volverse vegetariano.

Dieta de la Luna. La "clave" de esta dieta es llevarla a cabo un solo día, al inicio de una determinada fase de la luna (generalmente luna nueva). Quienes la promueven emplean un sofisma pues se basan en un hecho que nadie discute: que la luna tiene influencias sobre las mareas, pero sin ninguna lógica y sin ninguna prueba extienden esa influencia a un misterioso poder que hará que la luna logre la ansiada pérdida de peso. Esta dieta se cuenta entre las más ingenuas e ilógicas.

Cualquier dieta que se base en uno o dos alimentos o en alimentos de un sólo grupo es por definición desequilibrada, incompleta y monótona; es decir, no cumple con las características de una dieta recomendable. Por eso, si una persona la sigue durante períodos prolongados expondrá su salud, pues con seguridad se presentarán deficiencias nutrimentales diversas. Además, al abandonar el régimen es probable que se recupere el peso perdido, ya que no se habrá aprendido a comer bien.

Kaufer (1990) señala que el principio en que se basa la pérdida de peso de las dietas es: Si el gasto de energía (basal + actividad) es mayor que el ingreso de energía (ingestión dietética), entonces se utilizará la energía almacenada, perdiéndose peso corporal.

Cabe hacer énfasis que las dietas descritas anteriormente son sólo unas cuantas de las muchas engañosas -y con frecuencia peligrosas- que se difunden de boca en boca y a través de los medios de comunicación.

A pesar de los inconvenientes, la promesa, de una pérdida de peso con el menor esfuerzo, resulta para muchas personas demasiada tentadora como para dejarla pasar. Al final de cuentas, el objetivo parece ser bajar de peso y eso es justamente lo que prometen los anuncios en los medios de comunicación y las portadas de los libros de las dietas novedosas.

En efecto, la meta a corto plazo de muchos obesos es bajar de peso. Sin embargo, a la larga lo verdaderamente importante es lograr un cambio positivo en la forma de vida (alimentación, ejercicio, etc.) y en la salud en el sentido más amplio.

Es necesario recalcar que lo importante en el tratamiento de la obesidad no es romper el récord en pérdidas rápidas de peso sino lo que se busca es arribar a una estabilidad dietética y psicológica mejor de la que el individuo poseía anteriormente y de esta manera obtener un resultado más duradero.

Farmacológico.

Mucho se ha discutido acerca de los medicamentos para tratar la obesidad sin embargo, al no disponer de un tratamiento aceptable y eficaz, dada la dificultad que entraña adelgazar y conservar el peso ideal, se ha recurrido a fármacos.

Asi algunos médicos, pacientes y legisladores consideran los anorécticos disponibles como placebos peligrosos. Mientras que otros los ven como complementos útiles en programas de pérdida de peso.

Las drogas con que se trata a la obesidad caen dentro de diversas categorías. El primer grupo incluye a los supresores del apetito, en este grupo sobresalen las anfetaminas que si bien deprimen el apetito su efecto anoréxico dura poco provocando efectos secundarios tales como adicción, insomnio y excitabilidad . (Taylor y Anthony, Op. Cit.).

Un segundo grupo engloba los agentes calorigenos de los cuales el más importante es la hormona tiroidea. Tanto la tiroxina como la triiodontironina aminoran el peso corporal cuando se les administra en dosis bastante altos. Sin embargo, el peso eliminado consiste fundamentalmente en grasa magra. Además, el empleo de la hormona tiroidea encierra varios peligros entre los cuales figura: palpitaciones, taquicardia, presión sistólica elevada, sudoración y equilibrio negativo de calcio y nitrógeno.

Un tercer grupo de hormonas menos importante está integrado por agentes farmacológicos que aumentan la movilización de la grasa, se ha postulado esa acción para la gonodotropina crónica humana, misma que se utiliza desde hace más de 30 años.

Represas (1993) enfatiza que es necesario modificar la conciencia de la sociedad en general; los fármacos y "substancias mágicas" deben substituirse con nuevos estilos de vida que permitan vivir de manera más armoniosa y saludable.

Cirugía.

En el curso de los últimos años, se ha empleado, con diversas variantes anastomosis del estómago con segmentos lejanos del intestino delgado. La meta de estas intervenciones es la de producir, de hecho, un síndrome de absorción intestinal deficiente.

Los procedimientos quirúrgicos que permiten una desviación temporal del intestino delgado, se han utilizado en la obesidad intratable. En los pacientes con quienes son posibles los seguimientos adecuados la experiencia ha sido decepcionante ya que no sólo manifiestan importantes dificultades y el peso suele recuperarse rápidamente. (García y Fanghanel, Op. Cit.).

En los diferentes grupos hospitalarios en los que se ha empleado el procedimiento se han tomado como sujetos de estudio enfermos con sobrepeso de 100% o más, es decir, aquellos con la llamada obesidad "monstruosa". Aunque los resultados han sido uniformemente favorables en lo que al descenso ponderal se refiere, ha sido creciente la presencia de complicaciones a veces muy graves.

A pesar de las dificultades y limitaciones, los métodos quirúrgicos son la única alternativa posible para lograr y conservar una pérdida de peso importante en pacientes peligrosamente obesos; por tanto, representa una intervención justificada que muchas veces salva la vida. De todas maneras, la magnitud de la pérdida de peso varía mucho, igual que el número de personas que no son fieles a la vigilancia o que requieren intervenciones repetidas. La seguridad de la operación quirúrgica, el reconocimiento y tratamiento de los fenómenos secundarios en pacientes que cooperan ha mejorado mucho en los últimos años, sin embargo, hay que hacer más esfuerzos para mejorar la selección de enfermos para los distintos tipos de operaciones e identificar a los que pueden no necesitar cirugía.

Ejercicio.

El valor del ejercicio en la prevención de la obesidad y el tratamiento de personas moderadamente obesas, pero con buena salud física está bien establecido. Recordemos que el gasto calórico en el ejercicio es proporcional a su duración, así como al peso del individuo, de manera que una persona obesa utilizará proporcionalmente más calorías para efectuar el mismo trabajo que un sujeto delgado.

Es evidente, que un individuo muy obeso, aún cuando se halle en buen estado cardiovascular, no debe ser sometido súbitamente al ejercicio es mejor que comience con una caminata y aumente la duración y eventualmente la intensidad de la misma a medida que progresa su reducción de peso.

Si bien las formas habituales de tratar la obesidad son la cirugía, dietas, fármacos, se considera el ejercicio benéfico para la salud en general, excepto en casos específicos donde la situación fisiológica no lo permite. Se cuenta con evidencia suficiente de que el ejercicio físico propicia: la reducción de peso, la cual puede sostenerse a través de los años; la disminución de la ingestión de alimentos; coadyuva a revestir algunos factores de riesgo; mejora el tono muscular y la eficacia circulatoria. Habitualmente las personas que hacen ejercicio se sienten mejor desde el punto de vista psicológico.

Por otra parte, una alternativa más para el tratamiento de la obesidad está sustentada por las teorías y prácticas psicológicas de las cuales hablaremos a continuación.

1.8 Tratamientos Psicológicos.

Existe una diversidad de tratamientos psicológicos que brindan alternativas para la solución de la obesidad de las cuales consideramos importantes describir tres de ellas, por la relevancia que poseen: Conductual, Psicoanalítica y Sistémica.

Teoría Conductual.

Mucho se ha progresado en el desarrollo de programas de conducta, en consecuencia, ahora se encuentra integrado en la mayor parte de los programas para pérdida de peso.

Los resultados publicados de estos programas comenzaron a aparecer a comienzos del decenio de 1970. Los investigadores que se ocuparon de estos temas comprobaron que la obesidad era un trastorno interesante porque proporcionaba un resultado fácil de cuantificar, permitiendo poner a prueba la teoría.

Dado que la ingesta se encuentra bajo el poder de estímulos discriminativos antecedentes, en el obeso, puede pensarse que si se ejerce un control sobre el ambiente, se conseguirá que el sujeto obeso regule adecuadamente su conducta alimentaria y se

produzca, con ello, la pérdida de peso. Esto fue lo que Fester, Nurnberger y Levitt (1962, Cit. En: Garrido, 1983) pretendieron al aplicar, por primera vez la técnica de autocontrol a la reestructuración de la conducta de ingesta alterada, en el tratamiento de la obesidad. El análisis y desarrollo del autocontrol se realiza a través de 4 fases:

a) Identificación de las variables que influyen en la ingesta.

b) Determinación de la forma en que estas variables pueden ser manipuladas.

c) Identificación de los efectos desagradables que acompañan a la ingesta.

d) Estructuración de un método de desarrollo del autocontrol.

Estos autores comprobaron que una aproximación terapéutica al tratamiento de la obesidad, a partir de técnicas conductuales era efectiva. Desde entonces comenzaron a aplicarse técnicas de modificación de conducta y de terapia de conducta, como una alternativa al tratamiento tradicional de la obesidad, (dieta, ejercicio y, frecuentemente, fármacos anorexígenos).

Stuart (1967, Cit. En: Garrido Ibid.), aplicó con algunas modificaciones el acercamiento terapéutico propuesto por Fester, Nurnberger y Levitt,(Op. Cit. Cit. En: Garrido, Ibid.) esta investigación ha influido en el desarrollo de múltiples investigaciones mismas que han propiciado una gran variedad de técnicas conductuales que se han aplicado al tratamiento de la obesidad, entre ellas se encuentran :

a) Técnicas de Autocontrol. Inciden en el control de los estímulos discriminativos antecedentes relacionados con la ingesta.

b) Terapia Aversiva. Intentan establecer respuestas de aversión condicionada a ciertas clases de alimentos, o a la sobreingesta en general, apareando un estímulo desagradable, shock eléctrico, olores nauseabundos (estímulo incondicionado) con el alimento (estímulo condicionado).

c) Sensibilización Encubierta. El paciente es situado en un estado de relajación, desarrolla respuestas de evitación, imaginando que la ingesta es apareada con un estímulo extremadamente aversivo.

d) Condicionamiento Operante Encubierto. Implica el empleo sistemático de pensamientos, imágenes y reflexiones con la finalidad de modificar la ingesta. Los pensamientos negativos relacionados con la pérdida de peso, son reforzados por conductas positivas que el paciente ha aprendido a emitir y que tienen una elevada probabilidad de ocurrencia.

Cuando se compara la efectividad de las diferentes técnicas conductuales empleadas en el tratamiento de la obesidad, existe concordancia al concluir que las técnicas de autocontrol se han mostrado más efectivas que las demás, no sólo en la pérdida de peso durante el tratamiento, sino también en el mantenimiento del peso perdido durante el seguimiento (Stunkard y Mahoney, 1976, Cit. En: Garrido, Ibid.).

Los terapeutas de la conducta han aplicado profundamente técnicas de modificación y de terapia de conducta porque el peso, utilizado como variable dependiente, es al mismo tiempo un criterio de éxito bien definido y fácilmente cuantificable. Pero en opinión de Garrido (Ibid.) esto implica un riesgo, ya que la efectividad del tratamiento se centra exclusivamente en la pérdida de una apreciable cantidad de peso y en su mantenimiento, no considerándose otros aspectos.

Reducir la obesidad, que es una peligrosa enfermedad, a un problema de exceso de peso, es un error que implica la no consideración de aspectos fundamentales. Ciertamente, el sobrepeso es un aspecto básico de la obesidad, pero ésta puede estar relacionada, ya como efecto, ya como causa, con una importante problemática psicológica. No consiste sólo en una alteración del peso corporal, ya que pueden producirse como consecuencia, alteraciones de la imagen corporal, que a su vez determinan alteraciones que influyen negativamente en el tratamiento, como han puesto de manifiesto Bruch (1973, Cit. En: Garrido, Ibid.) y Stunkard y Mendelson (1973, Cit. En: Garrido, Ibid.).

Por tanto, se tendría que hacer un análisis detenido de la reestructuración de la imagen corporal y de los reajustes conseguidos en las diferentes esferas de relación, a lo largo del tratamiento, para evaluar adecuadamente su efectividad. En la práctica clínica se

pone de manifiesto que el individuo obeso puede empezar a beneficiarse de los efectos del tratamiento antes de que haya conseguido la pérdida total del sobrepeso.

El tratamiento realizado con técnicas conductuales ha posibilitado la pérdida de peso, los resultados que configuran el panorama que en la actualidad presentan los tratamientos de este tipo, son prometedores y permiten afirmar que quizá dichas técnicas son más poderosas y más efectivas de lo que se ha puesto de manifiesto hasta el momento. Sin embargo, para confirmar o rechazar la afirmación anterior, se requieren investigaciones que tengan en cuenta los siguientes aspectos:

a) Los tratamientos han de ser más duraderos ya que los realizados, en general, han sido demasiado breves.

b) Las investigaciones han de emplear muestras amplias, no sólo clínicas (pacientes hospitalizados o en el régimen ambulatorio) sino también experimentales, que incluyan sujetos de ambos sexos, de diferentes edades y distintos niveles socioeconómicos y culturales.

c) Los tratamientos han de ser realizados por terapeutas con una buena formación de técnicas conductuales.

d) Se ha de aislar y evaluar el efecto del tratamiento, el del terapeuta y el de los factores específicos del paciente. De esta manera quizá puede explicarse la gran variabilidad individual encontrada respecto a la efectividad de las técnicas empleadas.

e) Se han de realizar adecuados seguimientos, con una duración como mínimo de 1 a 5 años.

Por último, Garrido (Ibid.) concluye que la gran variabilidad de los resultados obtenidos por las técnicas conductuales, constituye un estímulo para la realización de nuevas investigaciones, tendientes unas a determinar los factores que regulan la pérdida de peso, otras a delimitar cuál de ellas es la más adecuada en el tratamiento de una alteración de peso específica.

Asímismo Kaufer (1993), menciona que de los aspectos más positivos de la terapia conductual en el tratamiento de la obesidad resaltan, en primer lugar, su potencial para tener efectos a largo plazo debido que poco a poco, se modifican algunos comportamientos indeseables del estilo de vida de la persona sin imponer al individuo hábitos alimentarios ajenos y en segundo término y por las mismas razones, su bajo índice de deserción si se compara con otros tratamientos.

No debe olvidarse, sin embargo, que somos seres biopsicosociales, por lo que una modificación en el balance energético (aspecto biológico) no podría lograrse sin considerar los aspectos psicológicos y sociales del individuo obeso. En la terapia conductual se abordan con éxito estos dos aspectos, el psicológico, en tanto que considera las interacciones entre la persona obesa y su familia; orienta a los participantes a modificar sus formas de pensamiento con respecto a la alimentación (los encauza a tener actitudes positivas y a manejar los sentimientos de culpa) y a modificar paulatinamente sus hábitos alimenticios. El social, en tanto que las sesiones son grupales y se busca el apoyo y reforzamiento del entorno del individuo en el manejo de situaciones específicas relacionadas con la alimentación.

Otra alternativa de análisis en lo que concierne a la obesidad está sustentada por la Teoría Psicoanalítica, misma que a continuación se describirá :

Teoría Psicoanalítica.

Se ha emitido la hipótesis de que los niños obesos tienen trastorno por retraso de gratificación, en especial la oral, y que esta incapacidad para posponer una experiencia agradable es la que los lleva a comer en exceso. Probablemente este carácter de la personalidad pudiera originar una conducta de mala adaptación que contribuiría al comienzo de la obesidad en niños.

Los datos obtenidos de experimentos que estudian el retraso de la gratificación vienen mezclados con algunos estudios que muestran diferencias entre los niños obesos y los de peso normal y otros que no muestran tales diferencias. Como los diversos investigadores han estudiado niños de distintas edades es plausible que en los resultados puedan influir factores de desarrollo más bien que un carácter estable de mala adaptación o un trastorno de la personalidad.

La comida no sólo tiene valores nutritivos; se utiliza como premio y castigo, llega a ser un sustituto de amor, de seguridad y de sentimientos de pertenencia; puede ser un satisfactor en los periodos de frustración o de ansiedad, lo cual conduce a un consumo excesivo y a establecer una dependencia emocional hacia los alimentos y esto a menudo, es causa de obesidad (Quintin, 1991).

Al paso del tiempo la imagen del obeso llega a tener un significado emocional para él, ya que le va a representar el deseo de ser fuerte y poderoso.

Velasco (Op. Cit.) enfatiza que los individuos que estuvieron sujetos a múltiples carencias económicas en la infancia proyectan en sus hijos sus propias carencias insatisfechas abrumándolos con juguetes, dinero y comida aprenden así que ante situaciones conflictivas, la fórmula mágica es comprar algo y comer mucho.

Por ello, deben considerarse algunos puntos básicos que delimitan estrategias orientadas a prevenir la obesidad. Los padres y en general toda la población deben ser educados sobre los peligros y problemas de la alimentación excesiva, sobre el uso inadecuado de la comida en la alimentación y debe además difundirse la influencia de los hábitos adquiridos en la infancia y sus repercusiones en el estado de nutrición en épocas posteriores. Debe además promoverse el ejercicio físico. Finalmente, aquellas familias donde uno o ambos padres son obesos, deben recibir ayuda y orientación especial.

Por último abordaremos los planteamientos que la Teoría Sistémica enfatiza con respecto a la obesidad.

Teoría Sistémica.

La terapia familiar estudia a los individuos en tanto parte de sistemas interpersonales, los cuales a su vez sirven de contexto explicativo de las conductas, este enfoque es una aplicación de la denominada Teoría General de los Sistemas. Lo que los terapeutas familiares hicieron fue tomar esos conceptos y utilizarlos en el campo de la terapia familiar. Con ello se cambió la lógica con que se veían las cosas y también cambió, naturalmente, la técnica.

En la familia, como en toda complejidad organizada, hay elementos pero ante todo hay relaciones. El objeto central de estudio de la terapia familiar se localiza en cómo se ordenan los elementos, en cómo interactuan dentro del sistema familiar, porque en definitiva son las relaciones las que constituyen y mantienen el sistema. La idea es que si uno desmonta un sistema en sus componentes lo destruye . A partir de aquí, se comprende fácilmente que estudiando aisladamente los componentes de una familia no podemos alcanzar a explicar el sistema familiar.

Haley (1970), en su artículo "terapia familiar: un cambio radical", reseña las características de este enfoque en lo que respecta a tres momentos del proceso terapéutico: a) recogida de información; b) procesamiento de esta información al servicio de la elaboración de un diagnóstico y c) técnicas para la producción de cambios.

En el primer punto Haley subraya que se presta atención sobre todo a lo situacional, a lo actual, atendiendo a secuencias y pautas de conducta interactiva, su pregunta clave es el para qué y no el por qué, lo cual es una de las diferencias fundamentales de la terapia familiar respecto a otros enfoques, como podría ser el psicodinámico.

Respecto al segundo punto, la elaboración diagnóstica, la conducta sintomática o problemática se considera como una respuesta adaptativa a las circunstancias.

Una observación de las reglas principales de Jackson (1959, Cit. En: Minuchin, 1986) pionero en este campo es: "Observa la conducta del paciente identificado y

preguntale en qué contexto esa conducta estrafalaria irracional, puede tener sentido, significado". Debido a que la situación provoca la conducta sintomática y, al mismo tiempo, es provocada por ésta, las conductas de cada miembro del grupo se afectan mutuamente, por lo que resulta arbitrario atribuir causalidad lineal alguna a los procesos de aquí, el carácter circular del modelo.

Las conductas de cada individuo dentro de la familia está relacionada con la de otros y depende de ella (totalidad). La familia esta organizada de una forma peculiar y tiene fuentes alternativas que son fuente de variedad.

Cuando el terapeuta observa el sistema familiar debe centrarse, por un lado, en el mantenimiento, en las regularidades; y por otra parte en las variaciones, en las fluctuaciones, porque si las primeras nos permiten comprender cuál es la forma de organización actual de la familia, desde el foco de las variaciones pueden salir de las posibles intervenciones terapéuticas, con respecto a estas acciones de la familia, Lomas (1983, Cit. En: Mancilla y Cols., Ibid.) nos advierte que si bien una atmósfera familiar segura y feliz permitirá el surgimiento de los estados más abiertos y sensibles; por el contrario, una atmósfera conflictiva sólo producirá que el individuo ponga de manifiesto toda una estructura de defensas creadas contra posible daño ocasionado al interior de la estructura familiar.

Enfocándonos a la investigación de la obesidad desde el marco sistémico, es necesario estudiar diversas áreas en el individuo (Minuchin, Ibid.) :

- Interacciones maritales o conyugales.
- Escasa diferenciación en sus percepciones de sí mismos y de otros.
- Intromisión de sus percepciones en las de otros.
- Definir al individuo psicosomático (identificado) y su funcionalidad dentro de la dinámica familiar.
- Rodeos o desviaciones que sirven como negociaciones o evitaciones de conflicto.
- Triangulaciones, alianzas y coaliciones.

Considerando que la familia es un sistema y que el individuo obeso se desenvuelve dentro de ella, nos sugiere que esta anomalía no es específica del individuo sino que por el contrario, está vinculada mediante una dinámica generalizada, misma que debe ser analizada minuciosamente, según el grupo en el que se involucra cada persona.

En resumen, en este capítulo vislumbramos que la obesidad es un problema de salud pública que se ha convertido en el trastorno responsable del mayor grado de morbilidad y mortalidad en nuestros días. Además, la forma en que la sociedad la concibe determina en muchos sentidos que todos los factores que son capaces de generarla sean considerados poco controlables y no sean tratados adecuadamente, sin embargo, ésto no impide que actualmente los profesionales de salud, entre ellos el psicólogo, lleven a cabo un análisis exhaustivo a través del cual se puedan implementar estrategias viables tanto para la prevención como para el tratamiento de la misma.

CAPITULO II
ESTILO DE VIDA

El estilo de vida ha sido siempre considerado un factor importante en la salud personal ya que buena parte de lo que se percibe como enfermedad en gran medida proviene del comportamiento de las personas más bien que simplemente de agentes patógenos biológicos. La higiene, la dieta, el ejercicio y las condiciones de vida se reconocen desde hace mucho tiempo como variables críticas, especialmente cuando la mayoría de las muertes se atribuían a enfermedades transmisibles o padecimientos crónico degenerativos, aunque el cambio del comportamiento fue útil para modificar los patrones de mortalidad y morbilidad, este último se debió primordialmente al mejoramiento de la nutrición, vacunación y al alza en los niveles de vida (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988).

El considerar las repercusiones del consumo de ciertos alimentos (carbohidratos, grasas, irritantes, exceso de sal y azúcar) como condicionantes de alteraciones en el individuo, nos conduce a reflexionar sobre el papel que juegan dentro de la obesidad no sólo por sus repercusiones a nivel físico sino también psicológico, p. ej., la preocupación obsesiva por su consumo o la negación de los mismos. Además, debe tenerse en cuenta que su consumo no está dirigido únicamente a la satisfacción del hambre como motivación fisiológica sino que su elección implica también una relación con satisfacciones de orden estético o de carácter social entre otros.

Asímismo, el consumo de estos alimentos no ha sido adoptado de un día a otro sino que por el contrario, constituyen patrones de alimentación de toda una vida, ya que el grupo social y dentro de éste el familiar (donde el individuo se desarrolla) otorga cierto valor a determinados alimentos resultando esto en un consumo cotidiano al inculcarlos en el individuo desde pequeño; lo cual nos da idea de lo difícil que resulta el modificarlos o el

pretender incidir sobre ellos, pese a que constituyen un riesgo para el incremento de la obesidad no sólo en lo individual o familiar sino incluso a nivel masivo .

La Organización Mundial de la Salud (OMS, En: San Martín, 1988) ha adoptado una serie de medidas para el mejoramiento de la nutrición. En concreto, la OMS en su octavo programa de trabajo general para el periodo 1990 - 1995, estimula a adoptar estilos de vida más sanos, entendiendo por ello: "las experiencias y eventos que forman el patrón diario de vida de un individuo," incluyendo los siguientes elementos:

- Lugar donde vive y las condiciones del ambiente de su hogar.
- El tipo de trabajo que realiza y las condiciones que circundan esta actividad.
- Lo que come y lo que bebe.
- Hábitos personales tales como: fumar, beber, consumir drogas.
- Grado de actividad física que realizan.
- Participación en actividades recreativas.
- Familia y amigos (Silbret, Schneiderman y Braunstein, 1981 En: Braunstein y Toister, 1981).

Considerando que cada uno de los aspectos anteriormente mencionados juegan un papel determinante en cuanto a la forma de vivir de cada individuo y al ser necesario ahondar más en éstos, surge así nuestro interés para denotar cuáles son los que están repercutiendo más sobre el patrón diario de vida, de esta manera al detectarlos se brindarían alternativas desde el aspecto psicológico que conduzcan a mejorar el estilo de vida, tales como: que el individuo implemente estrategias en sus prácticas cotidianas benéficas para su forma de vida y que adquiera conciencia del papel relevante que juega su conducta en general en lo que respecta a su salud.

Por otro lado, Nordby y Calvin (1979) definen el estilo de vida como "un conjunto de motivos distintivos originales; cualidades, intereses y valores que se muestran por sí mismos en cada acto que desempeña una persona".

Autores como Davidson y Davidson (1980), señalan que los estilos de vida se refieren a " un sin número de patrones de conducta que se manifiestan en el diario vivir".

Storstein (En: Birdwood, 1987) considera la calidad de vida como "la suma de satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida", por lo que viene a ser foco de atención como evidencia de su contribución a la comprensión de los problemas de salud, incluyendo entre ellos a la obesidad.

En el campo de la psicología, la medicina conductual menciona que la participación del psicólogo es de suma importancia ya que el cambio en el estilo de vida para alcanzar una mejor salud individual está íntimamente relacionado con la modificación de conducta, actitudes, valores, motivaciones, etc. (Milsum, 1980, En: Davidson y Davidson, 1980). Por lo cual, es que el psicólogo debe de tomar en cuenta que el estilo de vida de cada persona, su medio ambiente y su historia interconductual es propio de cada individuo, por lo que éste tendrá que analizar las condiciones relevantes o particulares.

Por todo ello, es que el bienestar psicosocial depende del estilo de vida de cada persona y nosotros los psicólogos no podemos hacer a un lado dicha importancia ya que es aquí donde nuestro desempeño profesional cobra relevancia, dando así origen a la investigación donde podríamos partir desde un nivel preventivo hasta un nivel curativo de aquellas posibles alteraciones en la conducta de los individuos, provocadas muchas de las veces por un desequilibrio en su estilo de vida.

Considerando la conceptualización que se dá al estilo de vida lo definimos como la interrelación de acciones definidas en cada una de las situaciones o escenarios (hogar, trabajo y lugares abiertos) donde el individuo se desenvuelve, encaminadas hacia una finalidad: lograr la calidad de vida misma que conlleve a la salud integral de cada individuo. De esta manera vislumbramos que dentro del estilo de vida participan diferentes factores, mismos que condicionan la vida del individuo. Tal es el caso de la obesidad que según la revisión teórica está condicionada en su gestación y mantenimiento por factores

tales como: sedentarismo, hábitos alimenticios, situación familiar, situación laboral y personalidad, éstos serán abordados particularmente en los siguientes apartados.

2.1 Sedentarismo.

En lo que concierne al término sedentarismo éste proviene de la etimología del Latín Sedentarius, de sedere, estar sentado. Aplícase al oficio o vida de poca agitación o movimiento (Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana).

La vida sedentaria y la falta de actividad física pueden contribuir de manera significativa al desarrollo de la obesidad. Tomando en consideración que la actividad física está en función de la amplitud de las acciones del individuo y de la satisfacción de las mismas, es de suponer que mientras su nivel de ejecución sea alto menores serán las probabilidades de su tendencia a la obesidad.

Aunque los individuos obesos no necesariamente son menos activos que aquellos con peso normal, existen varios estudios que demuestran que por lo general lo son. Kaufer (1990) refiere que en una investigación con muchachas adolescentes se observó que durante el período obligatorio de deportes en un campamento de verano las obesas eran por lo general menos activas que las chicas de peso normal. Por otro lado, Bray (1989) señala que la inactividad física desempeña importante papel en el desarrollo de la obesidad ya que en estudios epidemiológicos, la frecuencia máxima de peso excesivo en varones se comprobó en los grupos con ocupaciones sedentarias. Ante esta situación Laurell, Bellinghausen, García, Perló, Rodríguez, Alonso y Martínez (1986), opinan que los requerimientos nutricionales varían con la edad, el peso corporal, las condiciones climáticas y el estado de salud; sin embargo, para el adulto en edad productiva la variable más importante se relaciona con la actividad física.

Así, un individuo sedentario que pasa la mayor parte del día leyendo, hablando o en reposo puede llegar a necesitar no más de 2000 calorías para mantener un adecuado aporte energético.

Al respecto, Crowden (1932, Cit. En: Blum y Naylor, 1985) clasificó el trabajo muscular en la industria en tres categorías: el trabajo pesado, el trabajo moderadamente pesado y el trabajo ligero y rápido. El primero es demasiado fatigante para que pueda mantenerse a un ritmo continuo de trabajo. El segundo tipo consiste en los trabajos moderadamente pesados que son continuos y en los cuales el índice de consumo de energía es mucho más bajo que en el primer tipo y, hasta cierto punto, se equilibra con el ritmo de recuperación. El tercero es el trabajo ligero y rápido, que aunque requiere un leve consumo de energía, con frecuencia exige una postura forzada, que causa una fatiga innecesaria. Estos datos dan indicio de las individualidades existentes entre las personas obesas y las no obesas en cuanto al grado de actividad que requieren para mantener un óptimo estado de salud, lo cual depende en parte del desempeño laboral que ejercen. Por lo tanto la actividad no debe quedar aislada cuando se tenga como objeto la indagación de la salud, al ser un elemento de la que se puede extraer información determinante debido a que el sujeto destina gran parte de su vida a ella. De ahí que el individuo obeso debería conjuntar y equilibrar sus actividades laborales con las que realiza fuera para no adoptar una posición sedentaria que refuerce y de pauta a la mantención de su problemática. El trabajo puede ser beneficioso pero a condición de que su tarea no conduzca al detrimento de la salud integral.

A medida que las máquinas se han encargado de las tareas realizadas en otro tiempo por los músculos se ha reducido la práctica del ejercicio físico. Hoy la regla es el trabajo sedentario, no la labor manual; y el uso del automóvil casi ha eliminado la necesidad de caminar. De igual forma, Represas (1993) menciona que los avances científicos y tecnológicos logrados en este siglo han solucionado muchos problemas de la humanidad, pero han creado otros. Es el caso de la transformación sufrida por el hombre en cuanto a convertirse en un sujeto con menor estímulo físico, es decir, con una necesidad

aparentemente menor de actividad física y con sus consecuencias negativas sobre la salud, ya que el estilo de vida cada vez más sedentario que predomina en la gente conduce a un daño biológico gradual que se agrava con la adquisición de malos hábitos alimenticios, descuido corporal, tabaquismo, etc. Esto refleja la ambivalencia que trae consigo el desarrollo de la tecnología ya que el hombre al buscar mayor rendimiento de producción, se encuentra con repercusiones negativas para él mismo al supeditarse a los requerimientos de su trabajo y de su actividad en general, y no permitirse actuar más libremente. Nuestra existencia como civilización adquiere el ritmo de máquinas y la vida se vuelve cada vez más frenética y traumatizante. Asímismo los doctores Kraus y Raab (1961; Cit. En: Miller y Burt, 1973) nos advierten que las personas que no realizan ejercicio tienen más probabilidades de padecer enfermedades cardiacas, coronarias, úlcera duodenal y lumbalgia, que las personas activas que sí efectúan ejercicio. Además, la gente sedentaria tiende a presentar presión arterial mayor, más tensión neuromuscular , más grasa corporal, pulsaciones de reposo más rápidas, menos adaptabilidad a las tensiones, menos fuerza y flexibilidad.

De acuerdo con Nakajima (1992) para estar en buena forma física no es necesario convertirse en un corredor de maratón. De hecho, lo que se necesita es mantener el peso normal y suficiente flexibilidad, vigor muscular y resistencia cardiovascular para hacer frente a las necesidades cotidianas; por ejemplo, la marcha puede considerarse como la actividad física más natural y está al alcance de todos, jóvenes y viejos, tanto en la ciudad como en el campo. Además, puede integrarse fácilmente en la vida cotidiana ya que una pequeña caminata diaria contribuye positivamente a nuestra salud, y para que ésta sea realmente benéfica su duración no debe ser inferior a los 15 minutos.

En base a lo mencionado anteriormente, podemos ver que la actividad física ha sido considerada por los especialistas benéfica para la salud en general; excepto en casos específicos donde existan problemas fisiológicos que impidan realizarla. Se afirma que su ejecución produce una sensación de bienestar ayudando a prevenir la obesidad, ya que una

persona muy sedentaria con exceso de peso que adopte un modesto programa de paseo, probablemente obtenga un excelente resultado; por lo que hay que tratar de hacer ejercicio moderadamente, según las posibilidades de cada individuo. Algunos ejercicios como, por ejemplo, el subir escaleras en lugar de elevador, el caminar en vez de utilizar el automóvil pueden implementarse diariamente en nuestra vida cotidiana.

Morris y Collins (1992) mencionan que durante el siglo actual, en los países desarrollados se ha venido observando un creciente y acusado desinterés de la población por el ejercicio físico. De ahí la necesidad de cambiar las mentalidades con miras a promover un género de vida más sensato y saludable, devolviendo así a la actividad física el lugar que antes ocupaba como elemento integrante de la vida cotidiana. Estos mismos autores enfatizan que el ejercicio físico no sólo se debe proponer a los pacientes con fines curativos, sino también de manera preventiva, sobre todo para las personas que dada su condición física son más vulnerables al estrés.

En términos generales, el que hoy en día la gente adopte más el estilo de vida sedentario como forma de vivir la hace más propensa a adquirir enfermedades, entre ellas la obesidad a diferencia de las personas activas. Por lo que es importante señalar que conforme el individuo incorpore en su rutina de la vida diaria la actividad física junto con una alimentación adecuada gozará de un mejor estado de salud.

2.2 Hábitos Alimenticios.

Los hábitos alimenticios no son estáticos y aunque es difícil modificarlos cambian según evolucionan los pueblos.

El mejoramiento de dichos hábitos puede lograrse a través de la educación en la selección, adquisición, preparación y distribución de los alimentos, con el fin de lograr un consumo racional del alimento disponible, un mejor uso del presupuesto destinado a alimentos, una adecuada distribución del alimento a nivel familiar con base en los

requerimientos de cada miembro de la familia y un mayor consumo de los alimentos de alto valor biológico (Bourges, 1987).

De acuerdo a lo anterior, concebimos que la psicología ha estudiado desde diferentes perspectivas a los hábitos alimenticios, específicamente a los desórdenes en la alimentación, por lo que resulta ser un paso importante en la búsqueda de nuevos campos de investigación del psicólogo, de aquí nuestra inquietud por continuar indagando en este terreno los posibles factores que repercuten en la alteración de dichos hábitos, generando formas alimenticias de educación e investigación en la alimentación. Cabe aclarar, que el abordar este factor no es tarea fácil ya que se debe tomar en cuenta que los hábitos alimenticios están ligados a una serie de aspectos y/o elementos que no se pueden modificar de manera sencilla y que juegan un papel importante en cada individuo, ya que las diversas formas de influencias culturales no sólo determinan los alimentos que han de consumirse sino también los patrones que rigen las comidas.

En lo que respecta al término hábito alimenticio Icaza y Béhar (1981) lo conceptualizan como un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos, y que incluyen desde la manera en que éste acostumbra seleccionarlos hasta la forma en que los consume. Asímismo, Monge (1983) lo define como actos aprendidos por el ser humano como parte de su cultura que se convierte en patrones o rutinas de conducta y que se refuerzan con la repetición.

Es así que nosotras partimos de considerar en el presente estudio que los hábitos o prácticas alimenticias son patrones conductuales específicos que involucran una amplia variedad de conductas que están relacionadas con la selección, manejo y consumo de los alimentos. Estas conductas a la vez se encuentran condicionadas por otros factores de índole social e individual, de modo que el desarrollo histórico juega un papel muy importante sobre la caracterización del tipo de dieta particular que se consume.

En nuestra sociedad, la importancia que se le atribuye a los hábitos alimenticios deriva lógicamente de dos hechos comprobados:

- Un estado de nutrición adecuado es esencial para la salud y bienestar del individuo.

- La nutrición adecuada del individuo se da en la medida en que el alimento consumido provea a su organismo del tipo y cantidad de nutrimentos que requiera para su óptimo funcionamiento (Monge, Ibid.).

Con base en lo anterior, si los individuos se formulan juicios críticos fundamentados que les lleven a decidir correctamente lo que deben comer y en qué cantidad, sin que para ello se tenga que etiquetar a los dulces, pasteles, botanas y refrescos como productos malos o prohibidos, sino como lo que son: alimentos o bebidas que proporcionan energía que deben ser consumidos en cantidades moderadas ya que los mexicanos nos hemos hecho adictos a la comida "chatarra", debido esto en gran parte al resultado de la expansión de los medios masivos de comunicación, los cuales fomentan en el individuo el interés por consumir los productos que venden, resaltándoles e incluso inventándoles a éstos propiedades alimenticias de las cuales en muchas ocasiones carecen; por ejemplo, los tan conocidos chocolates en polvo, no llevan en su composición nada de cacao, lo que contienen básicamente es estracto de malta, azúcar y cocoa, que es un derivado pero no el producto anunciado; otro ejemplo son los consomés de pollo que tampoco contienen pollo sino básicamente saborizantes artificiales, sal y grasa de pollo, y así podríamos seguir enumerando una serie interminable de productos de escaso valor nutritivo.

Campos (1990) menciona que los datos para la elaboración de los patrones actuales de alimentación en México provienen fundamentalmente de los estudios censales que se realizan cada diez años, las encuestas relativas a ingresos y gastos de la población general (que realizan dependencias gubernamentales) las encuestas alimentarias levantadas por el Instituto Nacional de la Nutrición y estudios aislados diversos, generados por instituciones de enseñanza superior. A pesar de sus limitaciones nos permiten captar las generalidades del panorama de consumo de alimentos en nuestro país.

Un factor a tomarse en cuenta es la accesibilidad de los alimentos, no sólo en términos de capacidad económica, sino también de su ubicación geográfica. En México, los alimentos se distribuyen de manera desigual, tanto cualitativa como cuantitativamente. En 26 de las 32 entidades federativas, más de la mitad de la población está bajo el mínimo de alimentación y en 6 estados más del 70% de los habitantes se encuentran en esta situación (Zacatecas, San Luis Potosí, Tlaxcala, Oaxaca, Hidalgo y Querétaro). Además, la centralización hace que en el D.F. se consuma la mayor cantidad de alimentos; de hecho en la capital el déficit es mucho menor (Solidaridad, 1980, Cit. En: Laurell y Cols., Op. Cit.).

Es fácilmente comprensible que el ingreso personal y familiar influye sobre la posibilidad de compra del consumidor, por lo que es notorio como los individuos con problemas nutricionales se detectan con mayor frecuencia entre las poblaciones de menores recursos, que por lo general, pertenecen a zonas rurales y urbano marginadas. En México existe una gran diversidad de patrones dietéticos, en ocasiones diferentes aún entre poblaciones vecinas, la mayoría de las cuales se basan en el maíz y en el frijol. Esta gran diversidad de patrones incluye desde los muy pobres e inadecuados hasta los ricos y correctos y aún a los excesivos. Se les puede presentar en 3 grandes clases :

- Las dietas de la población marginada.
- Las dietas de la población proletaria.
- Las dietas de la población urbana de clase media y alta.

Las dietas de la población marginada y en menor grado las de la población proletaria aportan cantidades insuficientes de energía, proteínas, hierro, vitamina A, riboflavina y, en ciertos casos , vitamina C, en orden de importancia. Las deficiencias de éstos son más frecuentes y graves en el medio rural.

Así el tipo, grado y frecuencia de la desnutrición, difiere de una región a otra, particularmente en el medio rural.

Los patrones de la población marginada tienen en común que se basan en la tortilla de nixtamal y, casi siempre, en el frijol agregándosele algunas frutas y hortalizas locales,

sólo ocasionalmente incluyen productos de origen animal. Estas dietas predominan en la mayor parte del medio rural y son más deficientes cuanto más marginada y aislada esté la población, generalmente se estima que un 30% de los mexicanos las consumen.

Las dietas de la población proletaria son menos pobres y monótonas. Además del núcleo maíz-frijol, incluyen productos de trigo, arroz en ciertas zonas, mayor variedad de frutas y hortalizas y productos animales con mayor frecuencia. Estas dietas se consumen en algunas zonas rurales y por la mayoría de los habitantes urbanos, estimándose que representan alrededor de la mitad de los mexicanos.

Sus defectos son los mismos que los patrones de la población marginal, pero en mucho menor grado e incluso a veces pueden llegar a ser adecuados.

Por último, las dietas de la población urbana de clase media y alta son ricas y variadas. Conservan el núcleo maíz-frijol, pero éste se vuelve sólo parte, ya no centro de la dieta, en la cual participa una gran diversidad de alimentos de todos los grupos que además se preparan en platillos más complejos. Desafortunadamente, sólo disfrutan estas dietas de un 15 a un 20% de la población.

Aunado a lo anterior, la Comisión Nacional de Alimentación en 1992 realizó una encuesta estableciendo la relación que existe entre el ingreso y el porcentaje que es destinado en los hogares al gasto de determinados alimentos encontrando los siguientes datos , (CONAI - INEGI, 1994) :

Frutas y Verduras	19.28%
Carne, Pescados y Mariscos	29.07%
Cereales	15.94%
Leche y Derivados	12.07%
Bebidas	6.64%
Otros Alimentos	12.46%

De esta forma podemos observar que la alimentación del mexicano puede ser catalogada desde deficitaria e inadecuada (que conduce a la desnutrición) hasta el extremo

contrario, en que resulta excesiva y también dañina al causar la obesidad. Al respecto, Bourges (1981, pag. 20) establece que "la unidad de la alimentación es la dieta, no los alimentos ni los nutrimentos, puesto que éstos interactúan y no se les puede juzgar aislados. Los problemas de la alimentación se explican analizando la dieta y se resuelven modificándola, de ahí la importancia de revisar la alimentación de la población mexicana desde este ángulo".

Panella (1988) advierte que el referirse a la evolución del consumo de alimentos en México significa abordar un fenómeno complejo por varias razones: nuestro país es muy extenso y por ende muy diversos los hábitos y las costumbres alimentarias que en él se practican; por otra parte, lo que se come depende tanto de lo que se produce y se deja de producir como el ingreso monetario. Asímismo, Kumate, Cañedo y Pedrotta (1977) indican que la mayor parte del ingreso económico se destina a la compra de alimentos en las familias de menores ingresos y pese a que se ha intentado explicar el fenómeno de la desnutrición por la incidencia de otro tipo de factores que no se relacionan con los ingresos, no hay evidencia suficiente para aceptarlos como de acción relevante. En este sentido es común hacer referencia a los factores culturales y a los hábitos culinarios, para explicar la dieta deficiente de los núcleos indígenas o del sector campesino de la población mexicana. Es indudable la existencia de costumbres profundamente arraigadas que se han mantenido a través de los siglos, determinando la forma de preparar los alimentos, sin embargo el problema básico para estos grupos consiste en acceder a determinados alimentos, tanto en cantidad como en calidad. A éstos habría que agregar otros más, como el nivel educativo y la poderosa influencia de la publicidad alimentaria. Al respecto, Valencia (1981) señala que ésta acelera la comercialización de los productos y actúa como instrumentos que induce cotidianamente a fomentar nuevos patrones de consumo.

Desde nuestro punto de vista consideramos que la publicidad ejerce efectos directamente sobre los hábitos de consumo de la población, precisamente porque modifica los patrones alimenticios, de acuerdo a los hábitos que consume, encareciendo los precios

de los alimentos, desorientando el gasto alimentario de las familias y contribuyendo al deterioro de la situación nutricional.

Debido a esto, exhortamos a que los medios publicitarios enseñen a la población a cómo preparar sus alimentos y cómo seleccionarlos mejor de acuerdo a sus ingresos, esto nos daría la posibilidad de utilizar la propaganda en forma positiva, de modo que redunde en beneficios para el individuo obeso.

Bourges (1990) establece que los factores que se han detectado como determinantes de los hábitos son numerosos y pertenecen tanto a la fisiología y psicología del individuo, como a su entorno familiar, social y físico.

Por otro lado, Quintin (1991) destaca que las características de la alimentación humana están determinadas en mayor grado por los procesos psicológicos y del medio ambiente que por factores biológicos y económicos.

Con todo lo mencionado, denotamos que la alimentación tiene muchos factores susceptibles de habituación, los cuales pueden referirse a qué y cómo se come, cuánto, cuándo, dónde y con quién. Por lo que para lograr una buena nutrición no es indispensable cambiar todos los hábitos de alimentación ni en los niños ni en los adultos, basta con corregir los que sean defectuosos, conservar los compatibles con una alimentación correcta y crear los nuevos hábitos que sean necesarios para llegar a la nutrición óptima de las personas, ya que es mucho más eficaz sustituir un hábito "malo" por uno mejor que pretender su simple desaparición, porque una vida sana, placentera y productiva está en relación directa con la alimentación.

Cabe aclarar, que los hábitos alimenticios se han abordado desde diferentes ámbitos tales como: el cultural o socioeconómico.

Cultural.

Los efectos de la nutrición sobre las formas de crecimiento y la salud del hombre son bien conocidos; sin embargo, se ha prestado escasa atención al comportamiento humano en relación con los alimentos.

Hurtado (1984) establece que para comprender cómo responde una persona al medio en que vive en cuanto a la selección y consumo de alimentos, es importante reconocer que el comportamiento alimentario constituye una parte de la cultura, y por consiguiente debe de estudiarse dentro del contexto cultural; ya que los modelos culturales abarcan la manera de pensar y de comportarse en un grupo determinado de personas; esta forma de vida conduce a un conjunto particular de costumbres relacionadas con los alimentos en las cuales intervienen factores sociales, políticos y culturales. En los factores políticos quedarían inmersos los efectos de la urbanización y emigración de los alimentos, especialmente promocionados por los medios de comunicación o los que consideran de prestigio al llegar a las ciudades. Esta disponibilidad se refiere a la cantidad y calidad de los alimentos que se encuentran en el mercado para que sean consumidos por la población misma que está condicionada por la distribución, transporte, almacenamiento y comercialización de los mismos.

La publicidad que realizan los medios masivos de comunicación (radio, televisión, etc.) sobre los productos industrializados logra que el público confunda la calidad del producto con lo llamativo de un envase o de un anuncio. Por ello, las industrias que se dedican a la elaboración de productos alimenticios varían la palatibilidad, o sea, el sabor, aroma, color y textura con el fin de satisfacer la demanda del público consumidor que lo adquiera no considerando su valor nutritivo (Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 1981; Cit. En: Sánchez, 1985).

En lo que a los factores sociales concierne la división de la población por estratos económicos: marginada, proletaria, urbana de clase media y alta. Se dice que las

poblaciones de clase media o marginadas a medida que tienen mejores posibilidades económicas adquieren artículos costosos sin vincular su valor nutritivo, considerando que con ello adquieren prestigio en el grupo social donde se desarrollan pero, por el contrario, ocasionan desequilibrio en su presupuesto familiar.

A pesar de que hay evidencias que refieren que las poblaciones con mejores ingresos económicos, mayor distribución y disponibilidad alimenticia presentan una alimentación adecuada, también es cierto que no necesariamente garantizan mejores hábitos alimenticios ya que quedan supeditados a factores de tipo cultural. En cuanto a este factor confiere las costumbres, mitos y creencias que los individuos poseen en relación al consumo de alimentos ya que junto con los hábitos alimenticios forman parte del acervo cultural de las poblaciones influyendo en las actitudes de los individuos.

De esta manera, cada región poblacional ha desarrollado normas en relación al consumo de alimentos mismos que son transmitidos de padres a hijos de generación a generación. Estas normas delimitan desde qué comer, dónde comer y con quiénes comer. Aunado a ello, Icaza y Béhar (Op. Cit.) señalan la presencia de creencias respecto a que ciertos alimentos tienen propiedades mágicas, beneficiosas y malignas, que al comerlos producen estados eufóricos o malestares y por lo cual se limita su ingestión.

Además, los preceptos de algunas religiones conducen a que el individuo adopte o excluya de su dieta alimentos considerados de alto valor nutritivo relevantes para el buen desarrollo y funcionamiento orgánico. Así, los habitantes de la India tienen prohibido comer carne de res ya que su religión les impide matar a esos animales, esto conduce a que la población adquiera problemas alimenticios. Los católicos por su parte se abstienen de comer carne durante la Semana Santa.

A la vez para ciertos grupos el origen de los alimentos cobra determinada importancia psicológica, lo cual los impulsa a preferir o rechazar ciertos alimentos. Los vegetarianos no ingieren alimentos de origen animal, otros no consumen determinado

animal o únicamente lo acostumbran en días específicos. En cambio, algunos no combinan en una misma comida alimentos de origen vegetal y animal (Icaza y Béhar, Ibid.).

Las razones por las que las personas aceptan un mismo alimento pueden ser muy variadas, por ejemplo, un adolescente puede que lo coma para tener una linda figura; un atleta para triunfar; un niño sumiso por obediencia; por imitación; por deseos de pertenecer a un grupo compartiendo costumbres relacionadas con la selección, formas de preparación o de distribución de los alimentos; porque está acostumbrado a comer siempre eso; y otro simplemente por que le gusta. Al respecto, Quintin (Op. Cit.) menciona que la inserción en la dieta de nuevos alimentos o de formas diferentes de preparación, distribución y presentación para mejorar la nutrición, se acepta con mayor facilidad en las comidas colectivas de estudiantes, empleados, obreros (por imitación, simpatía ó por temor a las críticas de los compañeros), que entre la familia ó en las personas que comen solas. Ante esto observamos que el consumo de los alimentos está supeditado a una variedad de factores que lo condicionan, y dentro del cultural caben resaltar: las expectativas de gratificación personal colectiva, la valorización del mismo, la adopción de costumbres y la variabilidad de la selección con respecto a la edad.

Con lo anterior queremos resaltar la importancia de considerar la adaptabilidad del individuo a su entorno; y desde ahí analizar la relación que guarda con las prácticas que condicionan una alimentación inadecuada misma que refuerza a la obesidad.

En México han existido desde siempre, acontecimientos cuyo origen está en función de los hábitos alimenticios que caracterizan a las comunidades, entre ellas se encuentran las fiestas del santo patrono del lugar o las fiestas de los barrios donde se ofrece una variedad de comidas típicas, mismas que en forma indirecta propician la relación entre los individuos. Asimismo, Icaza y Béhar (Op. Cit.) establecen que el recuerdo agradable asociado con tales preparaciones alimenticias hacen que las mismas con sus variantes, sean rápidamente aceptadas. Esta situación de alimento asociado a un acontecimiento agradable o desagradable, varía enormemente de individuo a individuo y de pueblo a pueblo. Incluso

hay personas que atribuyen a los alimentos propiedades curativas o perjudiciales. Ante esta situación, Jalliffe (1967, Cit. En: Morales de León, 1981) ha señalado que cada grupo cultural tiene una clasificación subconsciente o subjetiva de los alimentos, la cual se aprende por imitación en la niñez y es notablemente difícil cambiarla. Este sistema de clasificación no tiene relación con el conocimiento científico de los alimentos ni entre el tipo y la calidad de la dieta consumida, y la salud y la enfermedad. De esta forma, Jalliffe ha identificado cinco clasificaciones universales :

El alimento básico. Es aquel que generalmente proporciona la principal fuente de energía y proteína en la dieta y que si no se consume en una comida origina la sensación de no haber comido realmente.

Los alimentos de prestigio. Son aquellos alimentos servidos en ocasiones importantes o especiales; en general, son alimentos relativamente raros y costosos.

Los alimentos a los que se les confieren propiedades "mágicas". Estos alimentos se consumen o se rechazan por diversos grupos de poblaciones, por ejemplo, el tomate o "manzana de amor", como se le llamó alguna vez en los Estados Unidos de Norteamérica, no se consumía ya que se le consideraba un estimulante sexual y más tarde, en 1900 mucha gente creyó que el cáncer era resultado de comer tomates. En algunos grupos africanos a los niños no se les permite comer huevos, pues creen que es causa de enfermedades en las vías urinarias. Sebrell y Haggerty (Op. Cit.) establecen que algunas de estas modas de la alimentación tuvieron alguna vez una base lógica en la realidad de la nutrición o en las creencias éticas. Pero la mayoría ha sido obra de fanáticos descarriados que se convencieron a sí mismos y a sus seguidores de que habían descubierto peligros ocultos. De esta manera los grupos sociales deciden si tal o cual alimento es comestible o no y a partir de que sus ideas cobran importancia en la selección e ingestión de alimentos traen por consecuencia el limitarse en su consumo sin que se tome en consideración el valor nutritivo que estos poseen. Con ello, las dietas de estos sectores populares resultan insuficientes en aporte energético, proteínico y vitamínico al reflejar las carencias de un cierto grupo alimenticio

que posee propiedades particulares considerados como indispensables para el organismo; a la vez que este puede ser considerado como un factor que propicie la susceptibilidad al desarrollo de algunas enfermedades, por tanto, estos factores identificados en relación a la ideología constituye un aspecto muy importante en la gestación de problemas de salud.

Los alimentos fríos o calientes. Son aquellos alimentos considerados en el sistema frío-caliente por diversas culturas entre las que se encuentran Grecia, la India y varios países americanos. Esta denominación no se refiere a la temperatura propia del producto, sino a los supuestos efectos que produciría en el organismo. Alimentos fríos serían por ejemplo la carne, el huevo y el pescado mientras que los alimentos calientes agruparían a las frutas y los productos lácteos.

Se consideran asímismo que los granos y las legumbres proporcionan un balance de frío y caliente.

Aquellos alimentos especiales para ciertos grupos, en particular los niños, embarazadas y lactantes. En este sentido ciertos alimentos se tienen como prohibidos o reservados, por ejemplo, en ciertas culturas como en Malasia a pesar de que el pescado es la fuente local más accesible de proteínas animales no se considera propio para los niños, pues se tiene la creencia de que se producen desórdenes intestinales; en otras es la base de la alimentación en la primer infancia. Por otra parte, en algunas culturas y sociedades las mujeres, particularmente embarazadas y lactantes ,son sometidos a restricciones dietarias más estrictas que el resto de la población. Esta clase en particular se considera más relacionada con ciertos tabúes existentes en cada cultura que con la realidad y al poseer ideas erróneas sobre las propiedades de los alimentos estos no se aprovechan adecuadamente.

Hoy en día percibimos que la gente acepta una variedad, casi ilimitada, de ideas infundadas sobre los alimentos. Algunas de ellas equivocadas como, por ejemplo, que las frutas cítricas hacen ácida la sangre; que el pescado y el apio hacen a las personas más inteligentes y que los jugos de las legumbres fortalecen el cuerpo, entre otras. Por tanto,

estos factores evidencian la necesidad de una educación alimenticia con la finalidad de prevenir carencias nutricionales así como también adecuar el consumo excesivo de determinados alimentos que resultan perjudiciales para la salud. No se debe dejar de considerar las ventajas que este propósito redituaría en toda la población, principalmente en los grupos de menor edad, ya que con ello se encauzaría a que el individuo posea un óptimo desarrollo tanto a nivel físico como psicológico.

Así, en todas las culturas el alimento tiene la función de satisfacer el apetito el cual es selectivo, algunos prefieren ingerir pasteles, frituras, golosinas, es decir, alimentos que no proporcionan una dieta balanceada. Cabe aclarar, que en muchos grupos la selección, preparación y consumo de los alimentos está subordinada a ciertas creencias y métodos tradicionales que se van transmitiendo de generación en generación, como son las porciones considerables de alimentos tan ricos en calorías (tamales, pozole, verduras cocidas con manteca de tocino, buñuelos, entre otros) y tradiciones familiares como "desperdiciar la comida es un pecado" y "una persona gorda es una persona sana"; todas dictadas principalmente por experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y que son inculcadas en el individuo desde pequeño. Más tarde estas costumbres constituyen lazos de unión entre los miembros de la familia que los comparten.

Aunado a lo anterior, Icaza y Béhar (Op. Cit.) afirman que todo individuo adquiere sus hábitos alimenticios a través de la enseñanza paciente y sistemática de los adultos que tuvieron a su cargo su educación durante los primeros años, más la influencia de personas ajenas al hogar con quienes el individuo se relacionó más tarde. Aunque la velocidad de aprendizaje va disminuyendo con la edad, la capacidad de aprender no desaparece, ello permite que el individuo pueda adquirir nuevos hábitos alimenticios en todas las edades, variando en cada caso la motivación y la metodología.

Debemos tomar en cuenta que es importante conocer los distintos significados que tiene el alimento para las personas y necesario, además, aprender que para cada cultura los hábitos alimenticios son diferentes (los mexicanos no comemos lo mismo que los chinos) y

que los cambios que quieran introducirse en esos hábitos, deben de estar de acuerdo con el patrón general de alimentación.

Socioeconómico.

La desnutrición y la obesidad se han investigado y documentado ampliamente, la mayoría de los estudios se han circunscrito a los aspectos biológicos individuales y fisiopatológicos, mientras que los procesos sociales se han considerado parcialmente. A pesar de ser un aspecto de suma relevancia en vista de que proporciona elementos valiosos que permiten comprender las implicaciones que pueda tener sobre determinada clase social, tanto a nivel regional como en un país e incluso mundialmente, por ello, es que a pesar de su complejidad debe ser retomado como un aspecto determinante de los hábitos alimenticios.

Vinculado a la cultura el reconocimiento, dentro de una misma sociedad, de sectores sociales diferenciados económica y socialmente en función de un reparto desigual de la riqueza denotará diversidad en sus pautas culturales, así los grupos indígenas, las comunidades campesinas o rurales y los habitantes urbanos se identifican como portadores de una cultura peculiar y distintiva.

Cerqueira (1985) menciona que son contadas las investigaciones con un enfoque social; sin embargo su desarrollo ha llegado a cuestionar posiciones ideológicas. De ahí el planteamiento de que los problemas de salud - enfermedad guardan una estrecha relación con la organización social, es decir, este proceso es un fenómeno colectivo que depende de acontecimientos sociales en momentos históricos determinados.

Antes de este siglo los alimentos estaban disponibles para las clases sociales más altas, la comida abundante y la obesidad denotaban poder económico y elevado nivel social; así, ciertos alimentos han adquirido un significado social que no guarda relación con su valor nutritivo, por ejemplo, el pan blanco goza en muchas partes de mayor prestigio que la

tortilla porque en un tiempo era generalmente más costoso y lo consumían más los miembros de las clases sociales altas ; los caramelos y otros dulces son regalos comunes, por lo que se tiende a asociarles como un gesto de afecto; de igual forma, al preparar la comida para los invitados la mayoría de las amas de casa sirven sus menús más complicados, que generalmente son los más ricos en calorías. Asimismo, Icaza y Béhar (Op. Cit.) establecen que la gente que se siente insegura o que lucha por alcanzar una posición social y económica superior, a veces desprecia alimentos nutritivos populares y hace lo posible por conseguir alimentos "de rico", tratando así de escalar peldaños sociales más elevados.

Además, el ingreso constituye uno de los factores que más influyen en la cantidad y calidad de la dieta. Desde los niveles más bajos de ingresos hasta cierto nivel de percepción de los mismos, se observa invariablemente que existe una relación directa entre el aumento del ingreso de una familia y su nivel de nutrición (Berg, 1975).

Considerando las características socioeconómicas de nuestro país no debe dejarse de considerar que en el medio rural seguramente por características de más aislamiento, menores recursos económicos y mayor persistencia de la cultura tradicional, tanto en sus hábitos de cultivo como almacenamiento y consumo de alimentos existe un grave problema socioeconómico, el de la desigualdad, provocando que varios sectores de la población de escasos recursos, consuman una dieta monótona y pobre repercutiendo en su desarrollo físico y psicológico.

Dentro de las zonas marginales urbanas hay sectores importantes con dietas muy deterioradas, pues no incorporan los patrones dietéticos urbanos y pierden los mejores valores de las dietas mestizas e indígenas.

Entre la población urbana, especialmente la de niveles medios y altos de ingresos, se advierten distorsiones en los hábitos por la incorporación de productos sofisticados que perjudican tanto la salud como el presupuesto familiar.

Todo ello conduce a que la gordura sea considerada como uno de los mayores motivos de ansiedad en el mundo industrializado. Actualmente, en el Siglo XX se ha impuesto como ideal estético poseer "un talle de avispa y un vientre de galgo"; mientras que en otros contextos culturales, un vientre grueso y un trasero prominente son signo de prosperidad y contienen cierto prestigio, esto nos demuestra que la obesidad depende algunas veces de la moda estética prevaleciente y tiene un valor cultural (Liisberg, Op. Cit. y Gaceta Médica de México, 1990).

Sería un error que la gente tomara a la ligera la moda impuesta por la sociedad, pues entraña repercusiones psicológicas (origina depresión y aumenta el estrés) y presiones sociales que pueden influir considerablemente en nuestra salud. Es por eso, que no debe pasarse desapercibido la influencia que involucra la moda por las demandas que ello exige a los individuos, esto se va adquiriendo a través de una imitación conciente o inconciente para lograr la aceptación al círculo social donde se desenvuelve ya que de otra manera se sentirá rechazada al no cumplir con la norma estipulada. Esto justifica la gama de acciones que llevan a cabo al buscar métodos rápidos para bajar de peso. Muchas veces es tanta su obsesión que no toman en cuenta las consecuencias que traerán a su organismo que posteriormente se reflejará en su salud. Además no hay que olvidar que las presiones sociales también repercuten en la persona, porque se dejan influenciar por los diversos estereotipos que circundan a su alrededor "no te ves bien con esa ropa", "los hombres prefieren a las mujeres esbeltas", etc.

Por otro lado, McLaren (1983) señala que es más frecuente la obesidad en las mujeres que en los hombres, incluso si se toma en cuenta que las primeras tienen casi el doble de grasa que los varones. En la medida en que se encargan de la comida familiar y de la alimentación de los niños se ven constantemente estimulados a sobrealimentarse.

A través de lo expuesto en las páginas anteriores, hemos observado que la gran variabilidad de la información obtenida constituye un estímulo para intentar asociar los factores que regulan la obesidad. Tal es el caso de Millen y Murad (1991) quienes afirman

que las preferencias y los hábitos alimenticios se basan en diversas creencias y costumbres, estando éstas fuertemente influidas por factores sociales, culturales y psicológicos respecto a la alimentación.

De modo que, hasta cierto tiempo, es verdad que "somos lo que comemos", pero el estado nutricional depende de muchas otras cosas, se define como "el resultado de una compleja interacción entre el estado de salud en un momento dado, los alimentos ingeridos y el entorno físico, social y económico". Refleja no sólo la calidad y la cantidad de los alimentos sino también la medida en que pueden transformarse en nutrientes preservadores de la salud haciendo posible un óptimo funcionamiento del organismo (Nakajima. 1991, pag. 2).

Por otro lado, bajo el nombre genérico de los desórdenes de la alimentación se agrupan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa .

La primera se define como "un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes mayores y en menor medida a hombres, caracterizada por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón", (Rausch y Bay, 1990, pag. 42).

La anorexia nerviosa, suele ser insidiosa en su forma de presentación; los individuos se proponen comenzar un programa de adelgazamiento con dieta, acompañada a veces por un aumento de la actividad física y así es como comienza la pérdida de peso. En general, esto genera bienestar en el individuo y pasa inadvertido para la familia como señal de que algo grave se ha iniciado, la alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada.

Garfinkel y Garner (1982, Cit. En: Rausch y Bay, Ibid.) concluyen que el peor pronóstico de la anorexia nerviosa está asociado con rasgos de personalidad inestables y neuróticos, con síntomas bulímicos y con un incremento en la caracterización somática y obsesiva.

Stroloer en el año de 1985 (Cit. En: Rausch y Bay. Ibid.) hizo una revisión de la bibliografía sobre el tema y concluyó que rasgos de personalidad tales como inseguridad social, excesiva dependencia y complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía son predisponentes para la anorexia nerviosa.

En lo que concierne a la bulimia nerviosa ha sido ésta definida como un síndrome con rasgos propios hace no más de diez años. Se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos.

Gran número de pacientes bulímicos ha comenzado su enfermedad siguiendo inadecuadamente una dieta para bajar de peso. Resulta indiscutible la presión social de los últimos años por exaltar la silueta delgada. Esto puede constituir un factor desencadenante y de perpetuación de las conductas bulímicas.

Vale la pena aclarar que el rasgo esencial del individuo bulímico es que los atracones los vive como ajenos y repugnantes, pero se siente incapaz de controlarlos. Su vida está regida por la vergüenza y la culpa para permitir la continuación de sus prácticas secretas que se le imponen no como algo placentero sino como algo que no puede eludir.

Los estudios de los últimos 10 años avalan la propuesta de Boskind-Lodahl (1976, Cit. En: Rausch y Bay, Ibid.) , en el sentido de que la baja autoestima, la incompetencia social y la gran necesidad de aprobación externa son cruciales en el desarrollo de la bulimia. En general, los autores parecen estar de acuerdo en que ésta es más que un conjunto de hábitos alimenticios caóticos y se inclinan a pensar en ella como un trastorno vinculado a un malestar psicológico considerable y a una variedad de características de personalidad desajustadas. Diversos estudios (Williamson , 1985; Cit. En: Rausch y Bay, Ibid.) coinciden en que los pacientes bulímicos son más deprimidos, impulsivos, neuróticamente ansiosos.

Por otra parte, Johnson y Maddi (1986, Cit. En: Rausch y Bay, Ibid.) especulan acerca de algunos factores de personalidad que serían predisponentes para la bulimia nerviosa :

a) Inestabilidad afectiva, conducta impulsiva, baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración.

b) Baja autoestima.

A diferencia de la anorexia nerviosa, la bulimia suele acudir espontáneamente a la consulta luego de un tiempo variable de haber ocultado sus síntomas (puede ir desde algunos meses hasta 8 o 10 años el ocultamiento).

Los hábitos alimenticios no son el único factor responsable de los problemas de obesidad, sin embargo, es necesario tener conocimiento de ellos para poder proporcionarles una mejor solución, y para lograr tal objetivo es fundamental el reconocer el papel que juegan el aspecto social, cultural, económico y político como condicionantes en la selección, preparación y consumo de los alimentos.

Por otra parte se hace imprescindible el abordamiento de la situación familiar, pues no debemos olvidar que es en este ambiente donde se desenvuelve el individuo obeso. Estas implicaciones se notificarán a continuación.

2.3 Situación Familiar.

Considerando que la familia es concebida como una institución básica de desarrollo individual se hace necesario su abordamiento para el entendimiento de la derivación de la obesidad. Para Minuchin y Fishman (1988, Cit. En: Onnis, 1990) ésta representa un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar, concepto introducido por Minuchin (1986, pag. 86) en terapia familiar como "el modo en que la familia se organiza en torno a particulares modelos de interacción, que preveen alianzas y conflictos, involucraciones y distancias que con el

tiempo, terminan por volverse características de esa familia aún cuando en situaciones normales se hayen en evolución dinámica".

Asímismo, el sistema familiar está compuesto por subsistemas, en los cuales, cada individuo tiene distintos niveles de poder y aprender habilidades diferentes.

Minuchin (Ibid.) distingue los siguientes subsistemas:

Subsistema Conyugal, formado cuando dos adultos de diferente sexo se unen para establecer una familia. Para que su funcionamiento sea adecuado, es necesario que exista la complementariedad y la adaptación mutua.

Subsistema Parental, es el cruce general formado por padres e hijos. Al nacer un hijo, los padres sin perder el espacio conyugal, entran a conformar este subsistema para desempeñar la tarea de socialización.

Subsistema Fraterno, está conformado por los hermanos. Constituye la primera experiencia de relaciones entre iguales, donde aprenden a negociar, compartir, cooperar y desarrollar su autonomía.

El hecho de que el sistema familiar se diferencie y desempeñe sus funciones a través de sus subsistemas, le da la posibilidad de disfrutar de la autonomía y del respeto recíproco. La manera en cómo se relacionan influirá en la organización y el funcionamiento de la estructura del sistema. Por ende, existe un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en cualquiera de las partes del sistema, límites, roles y jerarquías.

A continuación se describirán cada uno de ellos :

Límites o Fronteras. Inicialmente son reglas propuestas por los padres que determinan pautas transaccionales y que sirven para proteger la diferenciación del sistema y subsistema familiares. El término límite indica "la exigencia de autonomía recíproca entre los componentes de la familia aún reconociendo su interdependencia", (Minuchin Ibid, pag. 72; Cit. En: Onnis, Op. Cit.).

Existen tres tipos de límites. Los primeros son límites claros, éstos permiten que el funcionamiento familiar sea adecuado, es decir, se definen aquí con suficiente precisión las

actividades que han de realizar cada uno de los miembros de la familia y no permiten interferencias indebidas de los demás subsistemas.

El segundo tipo de límites es denominado como Rígido, cuando existen en una familia se encuentran exageradamente marcadas las funciones y delimitaciones de los subsistemas lo que no permite siquiera una ligera interacción entre ellos.

Por último, se encuentran los límites Difusos, los cuales se presentan principalmente en las familias aglutinadas, éste es el extremo contrario de los rígidos, aquí la conducta de un miembro afecta de inmediato a los demás, por lo tanto, el estrés de un miembro individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas, por ejemplo, un padre y una madre estresados por problemas de trabajo pueden regresar al hogar y criticarse mutuamente , pero luego desviar su conflicto a través de un ataque contra un hijo.

Roles.

Es la función de cada miembro de la familia tomando en cuenta al subsistema al que pertenece, edad, sexo, etc.; generalmente está subordinada a reglas y es complementaria de las funciones de otros miembros. McLaren (Op. Cit.) señala que se ha visto que la obesidad de la mujer adulta es más común en las personas que juegan el rol de esposa-madre, que en aquellas donde se juega el rol de esposa-compañera o esposa-colaboradora; también se ha observado que hay parejas en donde el varón promueve de alguna u otra forma la obesidad de su mujer y para ella es muy difícil seguir un plan alimentario de reducción ante los celos de su esposo que se ve amenazado por la inseguridad que confiere el que su mujer trabaje, sea atractiva y conviva con otros varones.

Jerarquías.

Es la fuerza y poder con que se cumplen los roles y las funciones. El concepto de jerarquía es importante, pues nos indica la forma en que está distribuido el poder entre los elementos del sistema. Además, nos permiten realizar un análisis a diferentes niveles en sistemas muy complejos, permitiéndonos dividirlo jerárquicamente en subsistemas.

Minuchin (Op. Cit.) establece que para poder definir el tipo de jerarquías que presenta una familia se debe tomar en cuenta las secuencias repetitivas así como el tipo de ellas que existen dentro de la familia; es decir, cómo están estructurados tomando en cuenta las reglas que indican quién tiene primacía de status y poder.

Minuchin (1980, Cit. En: Onnis, Op. Cit.) estudió los modelos transaccionales de familias con diversos tipos de perturbaciones psicosomáticas (once familias con pacientes anoréxicas). Este estudio permitió documentar que, independientemente del síntoma psicosomático presentado, el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podía reconocer características disfuncionales típicas. Estas características disfuncionales son fundamentalmente cuatro :

Aglutinamiento. Los miembros de la familia están superinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasas; los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y de funciones.

Sobreprotección. Todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos o tensiones.

Rigidez. Es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. Tienden a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen

problemas más allá de la enfermedad del individuo: niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema; también las relaciones con el exterior son particularmente escasas, y la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

Evitación del Conflicto. Las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se ponen entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle nunca abiertamente.

La exposición de las características disfuncionales de las familias con pacientes psicosomáticos, tal como surge de la investigación de Minuchin (Ibid.), no es, sólo descriptiva, ni en las intenciones, ni en la concepción del autor. Sirve, por el contrario, para documentar una hipótesis de partida que está en la base del modelo sistémico: la organización disfuncional de la familia facilita, junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y persistencia del síntoma psicosomático a cargo de uno de sus miembros, pero éste a su vez y mediante un mecanismo circular tiende a mantener estable la organización familiar disfuncional y a conservar su equilibrio patológico.

Selvini (1981, Cit. En: Onnis, Op. Cit.) llega a conclusiones análogas a través del estudio de 12 familias con pacientes anoréxicas, de las que evaluó los modelos comunicativos, que agrupa en las siguientes reglas fundamentales:

- Cada miembro rechaza los mensajes de los otros con una elevada frecuencia.
- Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol del líder.
- Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero.
- Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna

Tanto la investigación de Minuchin como de la de Selvini surgen indicaciones ulteriores acerca de la utilidad de una aproximación sistémica en la interpretación de la relación entre el paciente psicosomático y su familia. Con esto se designa una visión integral en el estudio de las enfermedades psicosomáticas del individuo, y si la obesidad es

designada como una de ellas es de suponer que si se analiza desde esta vertiente se especificará el papel que juega el entorno familiar en la gestación y/o mantenimiento de la misma no desvinculando, por supuesto, las prácticas individuales del sujeto.

Infante (1993) afirma que ciertos obesos tienen conductas de alimentación alteradas, debido a situaciones familiares o sociales que les causan ansiedad por comer, cerrando así un circulo vicioso muy difícil de tratar, pues, no es fácil separar los problemas primarios que llevan a comer en exceso, de los secundarios que prolongan la situación.

Por ello, es en la vida familiar donde se deben conciliar relaciones que favorezcan el bienestar integral del individuo, donde despliegue sus capacidades de desarrollo personal y establezca una forma de vivir para conciliar sus obligaciones y su libertad, esto se sustenta debido a que la familia es la atmósfera donde el individuo desarrolla el mayor número de actividades de descanso y recreativas, consiguiendo con ello la recuperación de su desgaste físico y nervioso del trabajo y de las tensioness de la vida diaria, liberándose también del aburrimiento y monotonía.

Al respecto, Fishman y Rosman (1988) argumentan que cuando se observa el síntoma a la luz de su condición de ser un esfuerzo de adaptación, se puede comprender mejor cómo buscar el significado del síntoma. Las personas que tienen síntomas tratan de lograr la supervivencia en lo que perciben como un sistema ajeno, hostil y tóxico, y de darle un significado a la vida. Esto podría significar que se mutilara o atentara contra los demás, para algunas personas resulta inconcebible satisfacer sus necesidades de estas formas y por lo tanto recurren a otras enfermedades mentales o psicosomáticas, es decir, que existe una conversión al propio cuerpo de la tensión o angustia.

Otro factor relevante dentro del estudio de la obesidad es la Situación Laboral, el cual no ha sido suficientemente abordado en relación con esta anomalía y considerando que dentro de este ámbito se generan alteraciones en el individuo (ansiedad, estrés) y que se encuentran relacionadas con la obesidad, por lo cual es de nuestro interés investigarlo con

más detenimiento, dándonos así la oportunidad de observar y analizar con mayor claridad dicha relación.

2.4 Situación Laboral.

La salud y la enfermedad son dos polos extremos representados y considerados solamente a partir de la variación biológica, por lo que son el resultado del éxito o fracaso del organismo en su adaptación física, social y psicológica a las mismas condiciones variables del medio que la circunda.

La vida humana y la salud son consecuencia del equilibrio del hombre y su medio ambiente como el producto de una interacción continua entre el organismo y el exterior, en este sentido es de importancia considerar a la "salud" como una necesidad común y universal, como un derecho humano sin distinción de raza, religión, creencia política, situación económica o posición social, (Acosta y Castillo, 1987).

Diferentes situaciones someten al hombre a un continuo proceso de adaptación por lo que la salud y la enfermedad no constituyen estados antagónicos, sino diferentes grados de adaptación que incluyen tanto las funciones fisiológicas a nivel de desarrollo biológico, hereditario y/o congénito, como también la evolución psicológica que implica un adecuado desarrollo de la personalidad, que se refleja en el estilo de vida de las personas como un fenómeno a estudiar que se encuentra relacionado, por la estrecha vinculación entre los factores interpersonales, las motivaciones que son parte de las capacidades psicológicas de un individuo.

En lo que concierne al concepto de salud, éste ha evolucionado a lo largo del tiempo, como también lo han hecho las políticas y los enfoques de la Organización Panamericana de la Salud. Cuando a pincipios del siglo se consideraba que la salud era principalmente la ausencia de enfermedades, la Oficina Sanitaria Panamericana se concentraba más que nada en la lucha contra las enfermedades transmisibles. Hacia

mediados del siglo y cerca del momento en que se estableció la OMS., surgió una comprensión moderna de la salud, que quedó definida en la Constitución de la OMS como "el estado de salud de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Guerra, 1992, pag. 549). Al respecto, Ríos, Neri y Ramírez, (1983; Cit. En: Acosta y Castillo, Op. Cit.) agregan que en el mejor de los casos, la salud también debe estar representada por una actitud positiva hacia la vida y el desempeño individual, la cual puede fomentarse para fines preventivos. En esta concepción, se toma al hombre como una totalidad integrada de manera que cualquiera alteración en alguna de sus partes repercutirá en las demás, dependiendo del equilibrio que exista entre lo biológico, lo psicológico y la interacción con el medio social.

Aunado a lo anterior, la OMS hace incapié en la promoción de estilos de vida más saludables ya que la salud de cada individuo depende en gran medida del comportamiento.

Por otro lado, la preocupación por la salud del trabajador se fue transformando en una disciplina propia que se desarrolló como Medicina del Trabajo, cuyo enfoque fue principalmente preventivo y relacionado con las enfermedades profesionales (aquéllas que se originan en los riesgos para la salud a que expone el ejercicio de una profesión u oficio) y accidentes de trabajo. Esta disciplina ha sido el cometido de médicos e ingenieros especializados en higiene y seguridad ambiental, lo cual ha dado a estos últimos, en algunos países el título de expertos en prevención de riesgos.

Si bien es cierto que el individuo está condicionado a los factores inmersos en el medio laboral donde se encuentra también se debe hacer énfasis en que es responsable, en gran medida, de su salud considerando las prácticas de su comportamiento y sus condiciones de vida. Este planteamiento ha sido, en los últimos años, objeto de estudio de la psicología refiriendo que el trabajador puede replantear su situación analizando las repercusiones que trae consigo su actitud, conducta y creencias en el medio en que se desarrolla. Con ello queremos recalcar las responsabilidades que comparten tanto el individuo como el medio laboral en la fomentación de enfermedades en sus diversas

manifestaciones: físicas (enfermedades cardiovasculares, hipertensión, entre otras), psicológicas o en términos generales enfermedades psicosomáticas.

Así como la medicina fue progresando y ampliando sus horizontes, la medicina del trabajo se vió sustituida por la salud ocupacional, que el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (1953) definieron así: "la salud ocupacional tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud, colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas" (Cit En Naveillan,1976, pag. 124). Asímismo, para Mendes (1982) "la salud ocupacional considera al hombre con su trabajo y su ambiente laboral, tanto desde el punto de vista físico como mental", (pag. 507) mientras que la salud pública lo trata en relación con su ambiente en sociedad, fuera del lugar de trabajo donde factores tales como la contaminación del aire y del agua, el ruido, la nutrición e infecciones pueden influir en su salud.

En lo concerniente a las definiciones que establcen tanto la OMS como Méndez, denotamos que dependiendo de la medida en que se estudien las exigencias de los diversos puestos de trabajo y las capacidaddes físicas, psíquicas y sociales de los trabajadores podrán armonizarse unas con otras, lo que daría como resultado una mejor adaptación del trabajo al hombre y de éste a su trabajo.

Con ello consideramos que la meta de la salud ocupacional debe ser la salud del trabajador independientemente de que sus alteraciones se originen o no en el ejercicio de una actividad determinada, es decir, que incluya todas las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud relativas a este sector.

A partir de esto, es como la salud ocupacional pasó a ser objeto de preocupación política en la mayoría de los países, durante los 80's, el énfasis en la atención primaria como estrategia para alcanzar la meta de la salud para todos, motivó a los gobiernos a dar

prioridad a la población activa, respecto a las enfermedades ocupacionales de la higiene industrial

Martínez (1988) señala que hoy en día, para la promoción de la salud, la prevención y la adaptación del trabajo al hombre y de éste a sus tareas, es necesario que se de la cooperación entre diversos especialistas (psicólogos, sociólogos del trabajo, médicos y enfermeros del trabajo, ingenieros de seguridad, higienistas industriales, entre otros profesionales), así como la participación activa de trabajadores y empresarios.

Córdova y Ortiz (1979) mencionan que desde hace varios siglos se ha reconocido la existencia de la relación entre la enfermedad y las condiciones de trabajo, específicamente dentro de ellos los riesgos laborales, concebidos como "el conjunto de factores físicos, psíquicos, químicos, ambientales, sociales y culturales que actúan sobre el individuo", (Badia, 1985, pag. 25). Pero específicamente el señalamiento se ha hecho desde el terreno de las enfermedades físicas. En la actualidad, éstas que se generan en las condiciones del trabajo se encuentran ampliamente estudiadas, reconocidas y clasificadas dentro de las leyes laborales como riesgos del trabajo. Sin embargo, no valoran ni estudian los aspectos psíquicos que se encuentran detrás de ellas y que están íntimamente conectadas a la forma en que también el individuo está ligado al proceso de trabajo. Además estos autores afirman que el ámbito laboral debe ser abordado desde el contenido de su contexto, las condiciones de trabajo, las cuales deben a su vez considerarse no sólo a través del estudio de los elementos de su proceso, sino también desde el punto de vista de la inserción del individuo en él.

En base a lo anterior, Naveillan (Op. Cit.) establece que las condiciones físicas del lugar de trabajo, el clima psicológico y la organización de la empresa, las relaciones formales e informales dentro de ella, el sistema de comunicaciones, las formas de autoridad y otras circunstancias conexas repercuten en el equilibrio psicológico de los trabajadores al sufrir cambios en su comportamiento tales como: agresividad, depresión, o ansiedad, originados por el ritmo de trabajo, los horarios, la inseguridad, la monotonía, etc.

Al respecto, Fromm (Cit. En: De la Fuente, 1961) señala que existen perturbaciones psicológicas, que están socialmente condicionadas y que representan la resultante de la buena adaptación de los individuos a una sociedad enferma. Este concepto puede hacerse extensivo a las enfermedades orgánicas donde también existen defectos y deficiencias. De hecho, toda una gran área de la patología es el resultado de la buena adaptación a malas condiciones de asistencia. La obesidad, la úlcera gástrica, la hipertensión arterial, la trombosis coronaria y otros padecimientos pueden entenderse mejor como parte del estilo de vida y la adaptación de los individuos, el cual, en buena parte está determinado por las condiciones de la sociedad.

Por otra parte, los síndromes psicofisiológicos (céfaleas, úlceras pépticas, colitis entre otros) son quizá los más abundantes y los que mejor se reconocen como ligados a las condiciones laborales. Basta observar como muchos de estos padecimientos sobrevienen cuando el individuo inicia su trabajo, como se intensifican en ciertos períodos, meses o días y cómo disminuyen y hasta desaparecen los fines de semana.

En cuanto al síndrome depresivo, tan abundante en la población general, Córdova y Ortiz (Op. Cit.) enfatizan que solo por excepción se le relaciona con las condiciones de trabajo y cuando tal nexo queda establecido, casi siempre se le interpreta como que el individuo no desea trabajar o no tiene interés en su trabajo porque está deprimido, y se concluye por tanto que la enfermedad ha surgido como un desarreglo espontáneo a nivel bioquímico cerebral.

Por otro lado, el síntoma más común que se encuentra en los trabajadores es la ansiedad, definida como "un proceso que provoca desorganización en la conducta, llevando con ello al trabajador a entorpecer su rendimiento laboral" (Peniche y Ruíz, 1989, pág. 39). Ante la conceptualización de estos factores vislumbramos que la ansiedad no sólo puede incrementarse por condiciones como: la competitividad, el ritmo de trabajo, las malas relaciones interpersonales, entre otras que originan en el sujeto un decremento de su

actividad, sino también puede deberse a problemas y tensiones que aparecen en la vida del individuo ya sea fuera o dentro de su trabajo.

Peniche y Ruíz (Ibid.) mencionan que las formas de ansiedad son variadas y van desde una que es altamente específica y determinada hacia ciertos estímulos como puede ser una fobia; hasta otra vaga, difusa, inespecífica que recibe el nombre de ansiedad flotante en la cual el trabajador simplemente se siente inquieto, intranquilo, algo nervioso, pero no sabe por qué. Para este tipo de personas Collins (1963) advierte que están mejor trabajando que sin trabajar a menos que su síntoma sea tan grande que paralice su conducta. El trabajo es buena medicina para ellos puesto que canaliza mucha energía con ocupaciones útiles.

Holtzman y Cols. (Op. Cit.) confirman que todos los aspectos del trabajo pueden ser una fuente de estrés: el calor, el ruido, mucha o poca luz, ventilación inadecuada, una carga de trabajo demasiado grande o pequeña y excesivas o pocas responsabilidades. Las fuentes de estrés y sus consecuencias a corto y largo plazo sobre la salud mental y física han sido temas de muchos trabajos de investigación en años recientes. Asímismo, Timio (1979) enfatiza que el ambiente de trabajo puede estar cargado de situaciones productoras de estrés, éstas pueden tener corta o larga duración. Entre las primeros están comprendidos :

- Sobrecarga de trabajo que debe ejecutarse en una fracción de tiempo limitado.

- Confusión y distracción determinada por rumores, luces, flash, hacinamiento del ambiente de trabajo.

- Temor de no hacer bien y en el tiempo debido el trabajo; temor de quedar expuestos a críticas, incurrir en peligros físicos.

Entre los estímulos productores de estrés de larga duración se pueden enumerar los siguientes:

- Inseguridad de mantener el propio trabajo.

- Atención prolongada.

- Sentido de aislamiento.

- Organización del tipo de trabajo: ritmos, controles, destajo, etc.

Consideramos que el trabajo aparece hoy en día como la actividad fundamental del hombre y con la ayuda de la automatización los métodos de trabajo han cambiado, así la indagación respecto a las enfermedades psicosomáticas, entre ellas la obesidad, ha ido incrementando y rindiendo frutos en las áreas de salud.

Los criterios que expresan que la actividad laboral, el sedentarismo y las condiciones en las cuales se ejercen presentan para el individuo consecuencias nefastas sobre su salud física y su estabilidad psicosocial, son de naturaleza diversa. En algunos casos se enfatiza el nivel de interacción entre el hombre y sus instrumentos de trabajo y por otra parte se sitúan sus características individuales , su estado fisiológico y en sí sus rasgos de personalidad.

Denotamos que en efecto pueden considerarse las condiciones de trabajo como portadoras de indicadores que generan alteraciones psicosomáticas en el individuo, mismas que condicionan la obesidad, pudiendo citarse algunas de ellas: dificultades de ambiente, esfuerzos físicos excesivos, monotonía y actividades cíclicas, dificultades posturales y motrices, imponiendo posturas molestas durante períodos más o menos largos.

A todas estas condiciones se puede añadir la conciencia de que la retribución es inadecuada, lo que conduce al desinterés en el trabajo. El contraste entre el desinterés por el trabajo y la necesidad de hacerlo lleva a un estado de continua ansiedad y tensión, ambas en la base del estrés. Al respecto, Castillejas (1983) indica que el estrés relacionado al trabajo no puede ser simplificado en términos de carga de trabajo, cantidad de responsabilidad o condiciones físicas, sino que también depende de otros soportes sociales fuera y dentro del trabajo como: habilidades para desenvolverse, estrategias de trabajo y otros factores de riesgo debido a los estilos de vida, que tienen impacto sobre el individuo, como: el hacer poco ejercicio, el comer en exceso, llevar una vida sedentaria, y otros que pueden afectar los procesos de salud física.

En cualquier trabajo la persona podrá estar a gusto o molesta, según el tipo de actividades que realice, por ello, es importante resaltar que este debe ser activo y no aburrido ya que Neff (1972) señala que ciertos tipos de trabajo son de una naturaleza tan monótona y repetitiva que el mero expendio de energía no es suficiente para impedir intensos sentimientos de aburrimiento. Además, lo que aburre intensamente a un individuo puede ser estimulante para otro, ya que las fuentes fundamentales del interés son los cambios, el estar orgulloso del rendimiento, las exigencias de habilidad y la responsabilidad.

A pesar de que la gente sigue teniendo ideas muy firmes acerca de cuál es el trabajo de los hombres y cuál el de las mujeres, este autor menciona que la tercera parte de la fuerza laboral es femenina, hay muchas ocupaciones que son desempeñadas exclusivamente, o casi por uno u otro de los sexos, a pesar de que quizá las destrezas exigidas no requieran semejante especialización. Que un hombre haga trabajos de mujeres es considerado como degradante y suele suscitar sospechas de homosexualidad latente o manifiesta. De modo similar, las mujeres que ingresan en ocupaciones tradicionalmente reservadas a los hombres tienen que luchar a menudo contra la amenaza de una pérdida de su identificación femenina.

Estas distinciones reconocen en gran medida, si no totalmente, un origen cultural y social.

Por todo lo mencionado en las páginas anteriores percibimos que no se le ha dado la suficiente atención a la salud ocupacional en general por lo cual hay poco entendimiento por parte de los profesionales tanto de los factores psicológicos productores y/o facilitadores de diversas tensiones o estados de ansiedad así como los efectos que estos tienen sobre la salud física del individuo. A este respecto, concordamos con White (1975) al advertir el que se deben modificar los estilos de vida de modo que disminuyan el número de accidentes y enfermedades, es decir, se considera que los trabajadores deben aprender a responsabilizarse por su salud y su seguridad.

Dado que el trabajo y su organización pueden significar un riesgo para la salud, no cabe duda que se debe prestar especial atención a los factores que se encuentran inmersos en el contexto situacional del individuo. En este sentido, debe hacerse incapié en las alteraciones psicosomáticas, considerando dentro de ellas a la obesidad y sus posibles relaciones con factores desencadenantes de tensiones y demandas psicológicas excesivas, como son: el estrés, la ansiedad, la depresión, la autoestima, la organización de la empresa, los ritmos, y horarios de trabajo entre otros.

Por lo tanto, resulta imprescindible que en la mayor medida de lo posible se fomente y se mantenga el más alto nivel de bienestar físico, mental y social del individuo, así como también el que se prevenga todo daño que atente contra su salud en las condiciones de trabajo.

La diferenciación en cuanto a la manera en que las personas rigen sus relaciones está sustentada por el tipo de personalidad que poseen, por su importancia este aspecto será abordado a continuación, centrándonos específicamente en el individuo obeso.

2.5 Personalidad.

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer. Inicialmente, varias teorías psicodinámicas explicaron el fenómeno de la obesidad, haciendo casi siempre referencia a una alteración de la fase oral como causa del problema. Paralelamente, se han realizado otros estudios para analizar la importancia de variables de personalidad en la obesidad, intentando responder de forma empírica a la extendida creencia de que los problemas psicológicos están más presentes entre los obesos que entre las personas con normopeso, (Bray, Op. Cit.)

Los efectos de la obesidad no sólo son físicos también son psicológicos y la psicología del obeso es un tema de interés creciente. En el adulto obeso, aparecen

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

sentimientos de inferioridad ligados al aspecto físico, a la incapacidad para incorporarse a las actividades recreativas, como ciertos deportes, al considerarse menos elegibles al buscar empleo o pareja incluso, a lo que pudieran considerarse como futilidades: el hecho de no poder usar prendas de vestir atractivas. Para el obeso estas limitaciones son una realidad tan tangible como el aumento en el riesgo de mortalidad.

A pesar de que son ampliamente reconocidos los factores psicológicos en el desarrollo de la obesidad, no han tenido éxito los intentos por definir un tipo específico de personalidad relacionado con la obesidad. Muchos de los primeros trabajos acerca de factores psicológicos de la obesidad provenían de estudios de pacientes aislados que habían sido sometidos a intensos análisis psiquiátricos. Las formulaciones basadas en estos casos eran poco idóneas y tendían a enfocar en datos verbales provenientes de pacientes obesos a los cuales se daba importancia para identificar el desarrollo de este síndrome. Una revisión de factores psicológicos en la obesidad indica diversos métodos para este problema. Uno de ellos proviene de estudios intensos de Bruch (1973, Cit. En: Bray, Ibid) quien identifica dos tipos de obesidad. El primero que se denomina obesidad reactiva y resulta la ingestión de un exceso de alimento como reacción emocional a situaciones ambientales. Según este autor, este tipo de anormalidad indica reacciones inadecuadas a la situación alimentaria durante el crecimiento y desarrollo del niño. El segundo tipo de obesidad que identifica se denomina obesidad por desarrollo, en estos individuos los problemas emocionales son mínimos. Analizando los perfiles según el Inventario Multifasético de la Personalidad (MMPI) y Test de Apercepción Temática (TAT), (Bray, Ibid.), se observa con algunos aspectos que forman lo que se denomina el carácter obeso: la depresión era frecuente pero no intensa; la ingestión de alimento muchas veces se había utilizado para disminuir la sensación de privación emocional que existía desde la primera infancia e históricamente se relacionaba con matrimonios inestables ; se manifestaban características tales como testarudez, desconfianza, necesidad de autonomía y cautela para establecer relaciones, así como conflictos de exhibicionismo, donde lo más notable eran los signos prominentes o

rasgos en las estructuras de personalidad y no así una estructura de personalidad asociada unívocamente a la obesidad. Más tarde este mismo autor analiza la importancia de diferentes variables de personalidad en el obeso: depresión, neurosis y autoestima. A partir de ello, concluye que comparados con las personas delgadas los obesos se muestran más vergonzosos, pasivos, tímidos, con baja autoestima y con un concepto distorsionado de su imagen corporal, mencionando que incluso tienen un desarrollo de personalidad inadecuado con manifestaciones de enfermedades psicológicas.

Mediante las afirmaciones anteriores denotamos que al indagar sobre la personalidad del individuo obeso se obtiene básicamente la noción de unidad integradora, con el conjunto de sus características diferenciales permanentes (carácter, temperamento, constitución), sus modos propios de comportamiento y su sistema personal de valores adquiridos en el curso de su historia personal, lo que ha permitido conocer las estrechas relaciones entre la personalidad y el aspecto físico, resaltándose el carácter del individuo en relación con la forma de su cuerpo.

Aunado a lo anterior, Saldaña y Rossell (Op. Cit.) plantean enunciados que parecen reflejar las distintas explicaciones psicológicas acerca de la obesidad :

a) Los obesos tienen problemas de personalidad que alivian mediante la conducta de la ingesta.

b) La ansiedad juega un papel fundamental en la conducta de la ingesta, por lo que la sobreingesta se emplea como un mecanismo para reducirla.

Wadden (1984, Cit. En: Bray, Op. Cit.) argumenta que diversos estudios de laboratorio demuestran que los obesos comen mucho más que los individuos de peso normal cuando están expuestos a situaciones que crean ansiedad. Además, en situaciones clínicas con frecuencia los obesos señalan que comen en relación a estados de depresión o ansiedad.

Sin embargo, estudios en poblaciones aleatorias de obesos sin referencia clínica no confirman la idea de que la obesidad resulte de un trastorno de la personalidad en la cual se

utilice la comida para evitar ansiedad y depresión. De hecho, en estudios efectuados con individuos de peso normal y otros de peso excesivo, reunidos de una población general, los obesos no demostraron una proporción mayor de conducta neurótica, trastornos psiquiátricos o emocional, que los controles de peso normal expuestos a diversas situaciones incluyen depresión, ansiedad, ajuste psicológico global y medidas estándar de personalidad (Crisp, 1976; Johnson, 1976; Cit. En: Bray, Ibid.).

Por todo lo anterior, la personalidad del obeso constituye un aspecto de suma importancia, pues se han desprendido de ello una variedad de conceptualizaciones planteadas por autores de diversas corrientes psicológicas (conductismo, humanista, psicoanálisis, etc.)

Considerando la amplitud del término personalidad así como las divergencias que sobre él se suscitan nosotras retomamos la definición sustentada por Mancilla, Durán, Ocampo y López (1992, pag. 534) en la cual definen a la personalidad como aquel comportamiento integrado y organizado del individuo que lo caracteriza como tal, es decir, como una persona única, distinto de los demás. Al tratar de la personalidad y de los aspectos de adaptación del sujeto, lo que interesa son los patrones exclusivos de respuesta a las situaciones sociales, la forma en que se relaciona con los demás, si es tenso e irritable, si es retraído o agresivo y otras categorías de respuesta de conducta semejantes a éstas.

Con tal definición se denota que la personalidad del individuo está constituida por una amplia variedad de carácteres por lo que sólo abordaremos algunos de ellos, delimitando así los rasgos de personalidad característicos del individuo obeso (depresión, ansiedad y estrés). La prueba de personalidad Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (Spielberger, 1975) define éstas dos últimas. La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad; es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes. En cambio, la ansiedad estado se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de

atención y de aprehensión subjetiva, concientemente percibidos, estos estados pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Estudios realizados por (Bradley, 1979; Valdés, Florest, Tobeña y Massana, 1983; Cit. En: Acosta y Castillo, Op. Cit.) mencionan que las constantes tensiones y estados de ansiedad que derivan también de inhabilidades sociales y personales como hábitos y/o estilo de vida trayendo como consecuencia el desarrollo de algunas enfermedades reconocidas como psicosomáticas y/o fisiológicas; a tal rompimiento de la salud es lo que se ha denominado como estrés y sus diferentes formas de manifestarse son: desórdenes cardiovasculares que incluyen hipertensión y el infarto al miocardio, trastornos gastrointestinales como úlcera péptica y la colitis; trastornos respiratorios como el asma bronquial, alteraciones de la piel (dermatitis y las alergias).

Debido al grado variable de adaptabilidad y resistencia de cada individuo, sería erróneo pensar que las situaciones conflictivas sean necesariamente las de estrés, entendiendo como "el denominador común de la reacción del organismo ante cualquier estímulo interno o externo de una intensidad y duración tales que exigiría mecanismos suplementarios de adaptación y defensa para mantener su vida o la homeostásis (Selye, 1970; Cit. En: Timio, Op. Cit., pag. 80).

Asímismo, Weiss (1992) advierte que el estrés es parte de nuestra reacción ante las circunstancias y que sólo los muertos no reaccionan ante el mundo que los rodea. En pocas palabras, todos experimentamos estrés por una causa u otra ya sea en el ámbito familiar, laboral, social, etc.

Ante todo lo mencionado, debemos aprender a controlar el estrés, así como las condiciones que lo inducen en vez de evitarlo completamente ya que nadie está libre de la posibilidad de padecerlo.

Enfatizando el aspecto psicológico, Miller (1975, Cit. En: Navarro, Ibid.) realizó una investigación relacionada con el déficit psicológico de la depresión, este término cubre

las limitaciones y la pérdida de eficiencia en lo concerniente a tareas intelectuales. Los principales resultados fueron los siguientes :

1. En comparación con las personas normales, los deprimidos orientan su atención preferentemente hacia el pasado. Sólo pueden anticipar intervalos relativamente pequeños del tiempo futuro con ellos. Se les dificulta creer que el futuro puede cambiar u ofrecer algo valioso.

2. Tienden a ver sus logros como si acontecieran de una manera desligada de sus propios esfuerzos y trabajo.

3. Presentan dificultad para aprender material nuevo manifestando lentitud en tareas que exigen rapidez intelectual.

4. En habilidades psicomotoras (por ejemplo mecanografía) los depresivos son más lentos. Así, el grado de retraso psicomotor es un índice relevante del grado de depresión , a medida que las personas están más deprimidas se da mayor retraso psicomotor.

5. Los individuos deprimidos no se percatan totalmente de su fatiga o dolor, por lo que perseveran en tareas cansadas y aburridas.

6. Muestran mayor lentitud en reconocer figuras que se le presentan visualmente. En consecuencia, se supone que su interés por la estimulación externa está debilitada. La explicación a esto es que tienen más dificultad para entender las instrucciones verbales, o bien que en general presentan movimientos psicomotores lentificados, incluyendo los oculares.

7. En cuanto a comunicación verbal emiten mínimos comentarios de tipo positivo, introducen pautas más prolongadas en sus intervenciones y hablan con mayor lentitud. Sin embargo, este comportamiento puede variar dependiendo de la confianza que les inspire la persona a la que se dirigen.

En resumen, cada uno de los factores revisados (Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad) se encuentran inmersos dentro del estilo de vida y consideramos que influyen en la obesidad del individuo ya que

ésta no puede ni debe ser explicada en términos simplistas sino que por el contrario, como muchas de las enfermedades psicosomáticas debe ser objeto de estudio a través de la interrelación de factores que rodean al individuo mismo. Mientras más aspectos de la vida cotidiana sean abordados, mayor será la riqueza de información acerca de la etiología, desarrollo y consecuencias de la obesidad que se obtengan y por tanto, la acción terapéutica se verá beneficiada al incidir sobre aspectos identificados y delimitados.

CAPITULO III
METODOLOGIA

En el presente capítulo se describirá el planteamiento del problema del cual surgió esta investigación, la hipótesis, los objetivos de la misma, el diseño empleado junto con nuestras variables , las características del escenario, de la población y de los instrumentos, así como el procedimiento que se siguió.

3.1 Planteamiento del Problema.

Al considerar los aspectos psicológicos (personalidad), el sedentarismo, los hábitos alimenticios, la situación laboral y familiar de manera aislada, los profesionales de la salud (médicos, nutriólogos) no se han preocupado por trabajar conjuntamente todos estos elementos en lo que concierne a la obesidad. Ello nos da pauta para abordar en nuestra investigación todos los elementos mencionados anteriormente.

Tomando en cuenta la congruencia que existe entre la diversidad de autores (Mancilla, Ocampo, López, Alvarez y Vázquez. 1992; Saldaña y Rossell, 1988; Vera y Fernández, 1989 y Bray, 1976) que han definido la obesidad, la consideramos como la acumulación excesiva de grasa en un individuo (propiciado por el desequilibrio entre la cantidad de calorías ingeridas y el gasto energético de la misma). De igual manera, esto ha sido sustentado por Saldaña y Rossell (Op. Cit.) y por Vera y Fernández (Op. Cit.) tanto con sus implicaciones a nivel físico (enfermedades y aspecto estético) como psicológico (rasgos de personalidad, hábitos alimenticios inadecuados, imagen corporal distorsionada, ansiedad) y su relación con las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, riesgo coronario, disminución de la capacidad pulmonar, colecistitis, gota, esterilidad, problemas articulares, artritis, cálculos biliares, enfermedades cardiovasculares, estreñimiento, diabetes mellitus, hiperlipidemia, apnea del sueño, enfermedades de la vesícula biliar,

mortalidad precoz, infarto del miocárdio y otros trastornos gastrointestinales (Liisberg, 1991; Van Itallie, 1977 y Gaceta Médica de México, 1990). Por el contrario, consideramos al individuo no obeso a aquel en el que se observa un equilibrio entre su peso, su grasa y su estructura ósea.

Si la Obesidad es un fenómeno multicausal que no depende de un solo factor para su gestación y mantenimiento entonces es indispensable evaluar las acciones cotidianas del individuo y seleccionar aquéllas que contribuyen a tal efecto. Por ello, en este estudio analizamos la relación que existe entre la Obesidad y el Estilo de Vida, al contemplar el conjunto de prácticas que el individuo ejerce en su ámbito laboral, familiar y recreacional por ser éstos los escenarios donde se desenvuelve cotidianamente.

Considerando la amplia gama de factores que constituyen el Estilo de Vida, delimitamos los que por ser de importancia primordial para la supervivencia, conforman la actividad diaria del individuo : sedentarismo, hábitos alimenticios. situación familiar, situación laboral y personalidad. Por lo tanto, al analizar estos aspectos tendremos una visión más amplia de la funcionalidad que tiene esta anomalía en cada individuo, comprendiendo así la causa como los efectos de la misma.

3.2 Hipótesis.

Si el Estilo de Vida guarda relación con la Obesidad entonces habrá factores específicos que son compartidos por los individuos obesos mismos que difieren de los no obesos.

3.3 Objetivos.

General.

- Investigar la posible relación entre el Estilo de Vida y la Obesidad.

Específicos.

- Detectar cuál es el Estilo de Vida de las personas obesas y no obesas, considerando los factores Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad.
- Diseñar y aplicar un instrumento que integre los siguientes factores: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad que nos permitan detectar cuáles de éstos se asocian al Estilo de Vida de las personas obesas y no obesas.
- Detectar si el sexo determina cambios en los Estilos de Vida en las personas obesas y no obesas.

3.4 Diseño y Definición de Variables.

Para la realización de este trabajo se empleó un Diseño Expostfacto. En general, el estudio típico siempre interviene en grupos que presentan diferencias en las variables dependientes, no siendo posible manipular las variables independientes debido a que éstas ya sucedieron, ni asignar a los sujetos y a los tratamientos en forma aleatoria a los grupos experimentales (Kerlinger, 1975).

Solamente se abordaron, sin manipular, dos variables: Obesidad y Estilo de Vida. La primera tiene dos niveles Obesos y No Obesos mientras que la segunda consta de cinco niveles: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad.

Retomando los Tipos de Investigación que dan cuenta de la estructura específica de cada estudio consideramos que es Transversal al medir una sola vez las variables sin pretender evaluar la evolución de las mismas (Méndez, Moreno, Namihira, Guerrero y Sosa, 1987); es de Campo al ser aplicado en la situación real; es de Grupos al manejarse

Obesos y No Obesos y es Correlacional al tener como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

3.5 Escenario.

La presente investigación se realizó en las instalaciones del periódico "El Universal", ubicado en Bucareli 8, Col. Centro, Delegación Cuauhtémoc; específicamente en el área de Servicio Médico donde se nos facilitaron dos consultorios para llevar a cabo la medición antropométrica y la aplicación de cuestionarios de forma individual, cabe mencionar que cada uno de ellos contaba con un amplio espacio y adecuada ventilación e iluminación.

3.6 Material.

- Hojas de cédulas de identificación
- Hojas de análisis antropométrico
- Lápices

Aparatos :

- Un Plicómetro
- Una Báscula
- Cinta Métrica

Instrumentos:

- Cuestionario No.1. Está conformado por 69 reactivos que nos permitieron analizar el grado de sedentarismo, el tipo de prácticas alimenticias, el grado de actividad laboral así como el tipo de relación y actividades que las personas mantienen con los miembros de su familia en función de su obesidad (Véase Anexo 1). La validación de este instrumento se plantea para un futuro.
- Cuestionario No.2. Consta de 60 reactivos integrados por el Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE) y el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo. El primero está conformado por 40 ítems, los 20 primeros evalúan la Ansiedad Rasgo y los siguientes 20 la Ansiedad Estado. Los ítems restantes corresponden al segundo instrumento que evalúa el estado de depresión (Véase Anexo 2). Este instrumento ha sido validado por Hernández, S.; Fernández, C. y Baptista, L. (Op. Cit.).

A la respuesta de cada uno de los reactivos, de ambos cuestionarios, se les asignó el valor de 1 a 4 . Obtuvimos primeramente la proporción de cada uno de los factores del Estilo de Vida con respecto a la Escala de Calderón ya que de él retomamos la forma de calificación para nuestro instrumento. Para ello , tomamos el mínimo y el máximo de reactivos por el que está conformado cada uno de ellos, se obtuvo el rango y éste se multiplicó por la proporción de cada valor de la Escala de Calderón.

3.7 Población.

Se contó con dos grupos de personas voluntarias (32 obesos y 28 no obesos) que laboran en el periódico "El Universal", de ambos sexos, casados cuyas edades oscilan entre los 26 y 59 años de edad.

3.8 Muestreo.

La selección de la población se realizó a través de un muestreo no aleatorio intencional.

Criterio de confiabilidad.

La confiabilidad delinstrumento (Cuestionarios 1 y 2). fue obtenido mediante test - retest a través del Coeficiente de Correlación por Rangos de Sperman : $r_s = 1 - \frac{6\sum d^2}{n(n^2-1)}$ resultando significativa al ser $r_s = 0.76$. ($p<0.05$)

Este nivel de confiabilidad nos dió pauta para llevar a cabo la aplicación en la población real.

3.9 Procedimiento.

El procedimiento se realizó en 3 fases. A continuación se describirán cada una de ellas.

Primera Fase.

- Primeramente delimitamos los factores que consideramos cobran importancia en la derivación de la obesidad, éstos son: Sedentarismo
  Hábitos Alimenticios
  Situación Familiar
  Situación Laboral
  Personalidad

Posteriormente, definimos cada factor en términos operacionales.

a) **Sedentarismo.** Toda aquella actividad carente de esfuerzo físico que conlleva al organismo a un gasto de energía mínimo.

b) **Hábitos Alimenticios.** Adopción de prácticas que circundan la actividad alimenticia adaptadas al ambiente en que se desarrolla el individuo (elección y preparación de alimentos, lugar, horario e ingestión entre comidas).

c) **Situación Familiar.** Tipo de relaciones afectivas, recreativas y comunicacionales que el individuo mantiene con los miembros de su familia mismos que se asocian a la obesidad.

d) **Situación Laboral.** Conjunto de condiciones que circundan el proceso de trabajo del individuo tales como: actividad, responsabilidad, ambiente físico, accesibilidad a los alimentos y relaciones interpersonales.

Cabe señalar que a través de la revisión teórica realizada nos percatamos que el factor personalidad es muy amplio, al ser abordado por diversos autores con diferentes marcos teóricos (psicoanálisis, conductismo, humanismo, etc), por ello, es que no existe una definición única del respectivo término. Esto nos condujo a retomar solamente algunos rasgos que se cree son característicos del individuo obeso tales como : ansiedad, estrés y depresión.

Segunda Fase.

Para llevar a cabo nuestra investigación consideramos necesario la utilización de instrumentos que nos permitieran vislumbrar la asociación de la obesidad con factores del Estilo de Vida. Por eso, se procedió a indagar la existencia de algún instrumento que evaluara los factortes antes mencionados, sin embargo, no encontramos ninguno específico ni estandarizado, con excepción del de personalidad: Inventario de Ansiedad Rasgo -

Estado (IDARE) y el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo, ambos instrumentos fueron retomados para integrar el Cuestionario No. 2

Para la elaboración del Cuestionario No. 1 retomamos las definiciones operacionales mencionadas en la primera fase, de esta manera formulamos y seleccionamos hasta llegar a obtener de manera satisfactoria los reactivos correspondientes a los factores: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar y Situación Laboral. Cabe mencionar que la estructura fue semejante al instrumento de personalidad ya existente.

Una vez conformados los instrumentos (Cuestionarios 1 y 2) se llevó a cabo el proceso de piloteo con la finalidad de:

- Determinar aquellos reactivos que estuviesen mal formulados. Al respecto, se modificó la redacción de algunos de los reactivos que conforman el Cuestionario No. 2, específicamente del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE), para darles mayor claridad y evitar, de esta manera, confusiones. Además, para efectos prácticos se cambió la presentación original (IDARE y el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo).

Tercera Fase.

La población investigada se obtuvo a través del contacto realizado con la persona encargada del Departamento de Servicios Médicos del periódico "El Universal".Una vez realizados los trámites administrativos pertinentes se procedió a tomar las medidas antropométricas (pliegues cutáneos) de manera individual mediante la utilización del plicómetro para saber quienes caían en el rango de obesidad y quienes no. Para ello, retomamos la definición de obesidad que establecimos en el capítulo 2. Según Lohman (1982, Cit. En: Storlie y Jordan, 1984) el rango para categorizar a las mujeres como obesas es más del 25% de grasa en relación a su estructura ósea, mientras que para los hombres es

más del 20%. Así fue como se seleccionó a la gente para que se conformaran los 2 grupos (obesos y no obesos) aplicándoles a ambos de forma individual los cuestionarios.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Retomando nuestras líneas de investigación y el interés derivado de ella, para la descripción y análisis de los resultados, nuestro objetivo consiste en detectar cuál es el Estilo de Vida de las personas obesas y no obesas, considerando los factores: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad.

En el Cuadro No. 1 se resumen los resultados derivados de la aplicación de los instrumentos descritos en la metodología para cada factor.

El análisis de los anteriores resultados pueden contestar fundamentalmente 4 preguntas. Cada una de ellas irán desarrollándose, obviamente considerando cada uno de los factores del Estilo de Vida.

¿ Cuáles son los Estilos de Vida de las mujeres obesas respecto a las no obesas ?

Las obesas y no obesas son diferentes significativamente hablando en los siguientes factores del Estilo de Vida :

Sedentarismo	($U = 12.0$,	$p < 0.001$).
Hábitos Alimenticios	($U = 11.5$,	$p < 0.001$).
Situación Laboral	($U = 3.5$,	$p < 0.001$).
Depresión (Personalidad)	($U = 25.0$,	$p < 0.01$).

A continuación desglosaremos cada uno de ellos :

En lo concerniente al Sedentarismo observamos que las obesas fueron quienes obtuvieron puntajes más altos (véase cuadro 1), lo cual nos indica que presentan mayor inactividad debido a que no existe en ellas un esfuerzo físico que conlleve a su organismo a un gasto de energía .

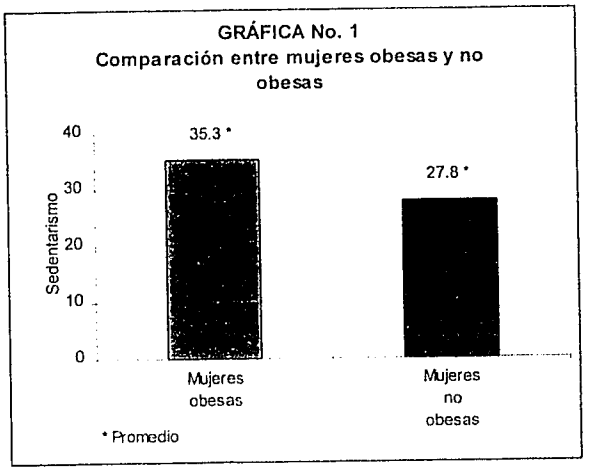
CUADRO 1

PUNTAJES OBTENIDOS EN PERSONAS OBESAS Y NO OBESAS POR SEXO Y FACTOR DE ESTILO DE VIDA

Sujetos	Sedentarismo		Hábitos alimenticios		Situación laboral		Situación familiar		Personalidad					
									Ansiedad estado		Ansiedad rasgo		Depresión	
	Obesos	No obesos	Obesos	No obesos	Obesos	No obesos	Obesos	No obesos	Obesos	No obesos	Obesos	No obesos	Obesos	No obesos
1	28	22	43	29	21	19	13	12	22	22	25	22	20	20
2	28	24	45	29	22	19	13	12	23	22	26	23	21	20
3	30	24	52	29	24	19	13	13	25	25	30	24	21	20
4	31	25	52	29	25	19	14	13	26	26	30	25	21	20
5	32	25	54	29	25	20	14	14	26	27	30	29	21	20
6	32	26	54	30	25	20	14	14	26	29	30	30	22	21
7	32	26	55	30	25	21	15	14	26	30	31	31	23	21
8	33	26	56	32	26	22	15	14	28	31	31	32	24	22
9	33	26	57	33	26	22	15	14	29	32	32	32	25	22
10	34	26	57	33	26	22	16	15	29	32	32	33	26	22
11	35	26	58	35	26	22	16	16	29	32	32	33	26	22
12	35	26	58	38	27	23	17	16	29	33	34	33	26	22
13	35	26	58	39	27	23	18	16	30	33	34	34	26	22
14	35	27	58	43	27	24	18	16	32	34	35	35	27	23
15	35	28	59	43	28	24	18	16	32	34	36	36	28	23
16	36	28	59	44	28	24	19	16	32	35	37	36	28	24
17	36	31	63	45	28	24	20	17	32	37	37	37	28	25
18	36	32	63	46	28	25	20	17	33	44	37	41	31	25
19	37	33	65	46	29	26	20	17	34	45	38	41	31	25
20	38	33	65	47	29	28	21	17	35	45	38	42	32	25
21	38	34	66	47	29	29	22	17	37	45	39	44	34	26
22	38	36	66	53	29	30	22	18	38	46	40	45	35	28
23	39	39	71	58	30	31	22	18	38	46	40	45	37	28
24	39	39	71	62	30	32	23	18	38	46	41	46	39	30
25	40	41	73	62	30	33	23	20	39	48	43	46	39	37
26	40	43	74	65	31	36	23	20	43	48	43	49	42	44
27	40	45	78	79	32	38	23	21	46	49	44	49	44	51
28	43	54	78	80	32	40	26	25	50	51	46	60	45	51
29	44		79		34		27		53		51		47	
30	45		80		34		27		56		53		48	
31	46		81		35		28		57		60		70	
32	46		83		38		29		57		60		72	

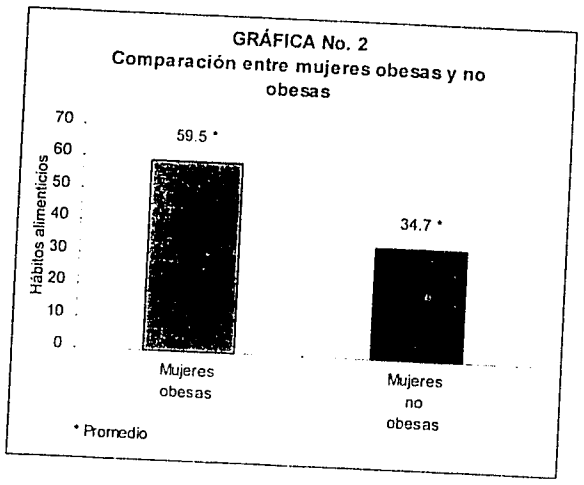
Nota : Los puntajes remarcados corresponden a los obtenidos para las mujeres.

Esta impresión de puntajes más altos de Sedentarismo en las obesas fue corroborado tanto estadísticamente (con una prueba de U de Mann Whitney $p < 0.001$) como visualmente (gráfica No. 1).



Así el Estilo de Vida concerniente al Sedentarismo entre mujeres obesas y no obesas es significativamente diferente; siendo que las obesas son más sedentarias que las no obesas, es decir, conforme se incrementa el puntaje se incrementa el sedentarismo.

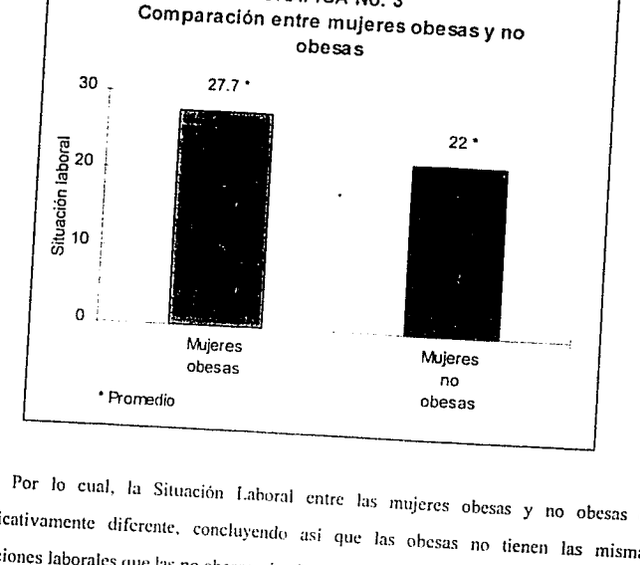
En lo referente a los Hábitos Alimenticios (véase cuadro 1) las obesas fueron quienes obtuvieron el puntaje más alto demostrando con ello la presencia de peores Hábitos Alimenticios mediante la adopción de prácticas que condicionan una alimentación inadecuada. Esto fue corroborado tanto estadísticamente (con una prueba de U de Mann Whitney $p < 0.001$) como visualmente (gráfica No. 2).



Por lo tanto, los Hábitos Alimenticios entre mujeres obesas y no obesas son significativamente diferentes; siendo que las obesas son las que tienen peores Hábitos Alimenticios que las no obesas, es decir conforme se incrementa el puntaje aumentan las malas prácticas alimenticias.

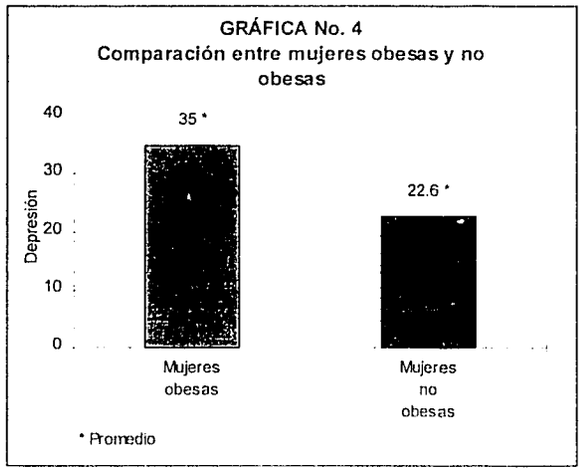
En la Situación Laboral las mujeres obesas fueron quienes obtuvieron el puntaje más alto a diferencia de las no obesas (véase cuadro 1) percibiendo con ello, que las condiciones que circundan el proceso de trabajo de cada persona es diferente, si tomamos en cuenta la actividad que desempeñan, el grado de responsabilidad que les otorgan, el ambiente físico en el que se encuentran, el que tengan accesibilidad a los alimentos, así como las relaciones interpersonales que establezcan.

Lo anterior se puede comprobar tanto estadísticamente (con una prueba de U de Mann Whitney $p< 0.001$) como visualmente (gráfica No. 3).



Por lo cual, la Situación Laboral entre las mujeres obesas y no obesas es significativamente diferente, concluyendo así que las obesas no tienen las mismas condiciones laborales que las no obesas, siendo esto observado al incrementarse el puntaje.

Por último, en la Depresión (Personalidad) detectamos que la mayor puntuación se manifiesta en las mujeres obesas respaldando la idea de que como aspecto de la personalidad juega un papel importante en este grupo de personas (véase cuadro 1). Se corrobora tanto estadísticamente (con una prueba de U de Mann Whitney $p < 0.001$) como visualmente (gráfica No. 4), es decir, conforme se incrementa el puntaje aumenta el estado depresivo.



Por otra parte, las mujeres obesas y no obesas se comportan en forma parecida (no hubo diferencia significativa) en los siguientes factores:

Situación Familiar (U = 64, $p > 0.001$).

Ansiedad Estado (Personalidad) (U = 60, $p > 0.001$).

Ansiedad Rasgo (Personalidad) (U = 44, $p > 0.001$).

En lo que confiere al factor Situación Familiar (véase cuadro 1) se observa que los puntajes son equiparables entre mujeres obesas y no obesas, esto señala que ambos grupos tienen similitud en el tipo de relaciones afectivas, recreativas y comunicacionales que mantienen con cada uno de los miembros de su familia.

Asimismo en la Ansiedad Estado los puntajes que presentan son similares (véase cuadro 1) reflejando con ello, que cuando las mujeres se encuentran bajo condiciones o estados emocionantes alarmantes manifiestan, transitoriamente, sentimientos de tensión mediante respuestas biológicas y psicológicas (sudoración, insomnio, etc.), éstas son

consideradas como adaptativas a la situación al ser concientemente percibidas por los individuos.

Por otro lado, los puntajes de las obesas y no obesas coinciden (véase cuadro 1) en la Ansiedad Rasgo, por lo que las mujeres ante situaciones percibidas , generalmente, como amenazantes tienden a responder con elevaciones en la intensidad de los sentimientos de tensión mediante respuestas biológicas y psicológicas permanentes: sudoración, insomnio, etc.

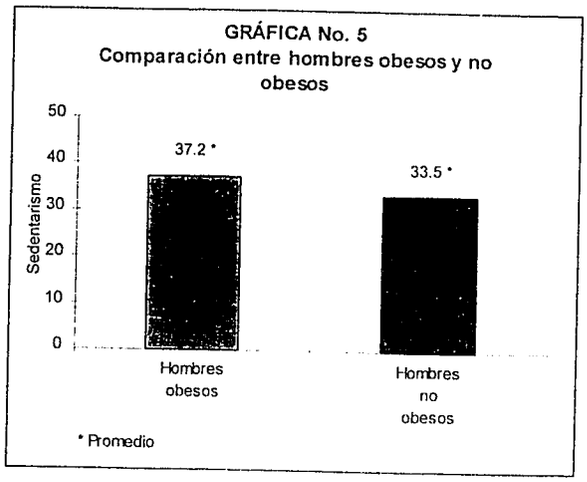
¿ Cuáles son los Estilos de Vida de los hombres obesos respecto de los no obesos?

Los hombres Obesos y los no obesos son diferentes significativamente hablando en los siguientes factores del Estilo de Vida: Sedentarismo ($U = 105.5$, $p < 0.05$).
Hábitos Alimenticios ($U = 55.0$, $p < 0.001$).
Situación Familiar ($U = 65.0$, $p < 0.001$).

Enseguida describiremos cada uno de ellos :

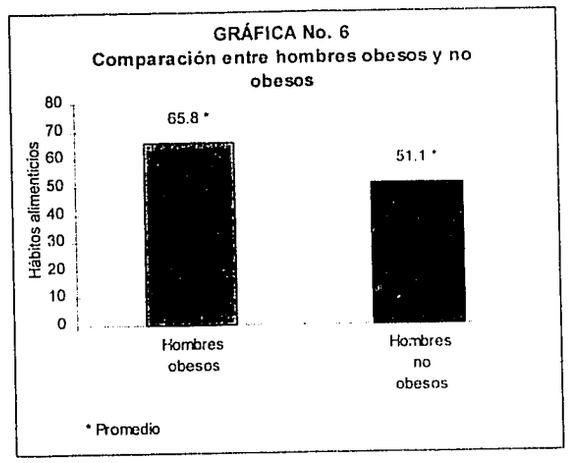
En lo concerniente al Sedentarismo observamos que los obesos fueron quienes obtuvieron el puntaje más alto (véase cuadro 1), lo cual nos indica que presentan mayor inactividad debido a que no existe en ellos un esfuerzo físico que conlleve a su organismo un gasto de energía.

Esta impresión de puntaje más alto de Sedentarismo en los obesos fue corroborado tanto estadísticamente (con una prueba de U de Mann Whitney $p < 0.05$) como visualmente (gráfica No. 5).



Así el Estilo de Vida concerniente al Sedentarismo entre hombres obesos y no obesos es significativamente diferente siendo que los obesos son más sedentarios que los no obesos, es decir, conforme aumenta el puntaje se incrementa el sedentarismo.

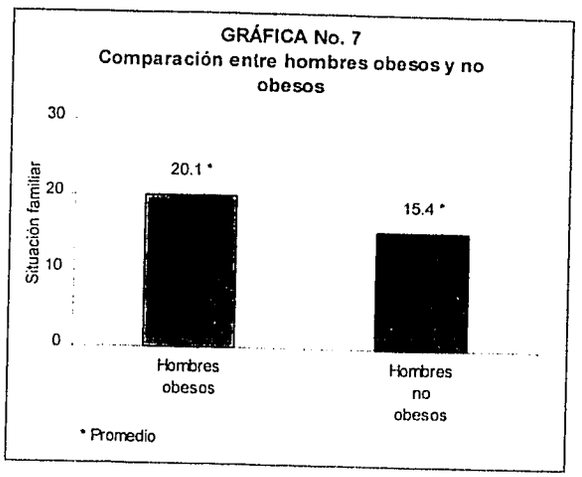
En lo referente a los Hábitos Alimenticios (véase cuadro 1) los obesos obtuvieron puntajes más altos, demostrando con ello la presencia de peores Hábitos Alimenticios mediante la adopción de prácticas que condicionan una alimentación inadecuada. Esto fue corroborado tanto estadísticamente (con una prueba de U de Mann Whitney $p < 0.001$) como visualmente (gráfica No. 6).



Por lo tanto, los Hábitos Alimenticios entre hombres obesos y no obesos son significativamente diferentes; siendo que los obesos tienen peores Hábitos Alimenticios que los no obesos.

En la Situación Familiar los obesos mostraron puntajes altos y secuenciados (véase cuadro 1) percibiendo con ello la divergencia entre ambos grupos en cuanto al tipo de relaciones afectivas, recreativas y comunicacionales que mantienen con cada miembro de su familia.

Lo anterior se puede comprobar tanto estadísticamente (con una prueba de U de Mann Whitney $p < 0.001$) como visualmente (gráfica No. 7).



Por lo cual, la situación familiar entre los hombres obesos y no obesos es diferente significativamente, porque conforme se incrementa el puntaje aumentan las disfunciones familiares. concluyendo así que los obesos no tienen la misma situación familiar que los no obesos.

Por otra parte, las condiciones de vida de los obesos y no obesos son similares (no hubo diferencia significativa) en los factores:

Situación Laboral	(U = 115.51. p > 0.001).
Ansiedad Estado (Personalidad)	(U = 110.0 , p > 0.001).
Ansiedad Rasgo (Personalidad)	(U = 121.5, p > 0.001).
Depresión (Personalidad)	(U = 25.0, p > 0.001).

En lo que respecta al factor Situación Laboral (véase cuadro 1) se observa que los puntajes son equiparables entre obesos y no obesos compartiendo las condiciones que circundan su proceso de trabajo tales como: la actividad que desempeñan, su grado de

responsabilidad, el ambiente físico, la accesibilidad de los alimentos así como las relaciones interpersonales que establezcan.

En lo que confiere a la Ansiedad Estado (Personalidad) los puntajes son similares entre los hombres obesos y no obesos (véase cuadro 1).

Refiriendo que cuando los obesos y no obesos se encuentran bajo condiciones o estados emocionales alarmantes manifiestan, transitoriamente, sentimientos de tensión mediante respuestas biológicas y psicológicas (sudoración, insomnio. etc.), éstas son consideradas como adaptativas a la situación al ser concientemente percibidas por los individuos.

En la Ansiedad Rasgo (Personalidad) observamos que los hombres presentan puntajes equiparables (véase cuadro 1). Así, los obesos y no obesos ante situaciones percibidas generalmente como amenazantes tienden a responder con elevaciones en la intensidad de los sentimientos de tensión mediante respuestas biológicas y psicológicas permanentes: sudoración, insomnio, etc.

Por último, los hombres obesos y no obesos se identifican (véase cuadro 1) por las características depresivas que presentan en cuanto a los cambios en su estado de ánimo, en los sentimientos o en su conducta que se pueden atribuir directamente al estado emocional alterado.

¿ Cambia el Estilo de Vida entre mujeres y hombres obesos ?

Mediante el análisis estadístico con la prueba de U de Mann Whitney ($U = 108$, $p > 0.001$) observamos que tanto las mujeres y hombres obesos comparten prácticas en su Estilo de Vida en los factores seleccionados: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad.

Esto nos lleva a considerar dos aspectos relevantes:

- El género no se asocia con la determinación de patrones de conducta relacionados con la gestación y mantenimiento de la obesidad.
- La obesidad se asocia con prácticas en el Estilo de Vida que son adoptadas por los obesos, refiriendo tanto ellos como los no obesos la presencia generalizada de un modelo de vida cultural, social y psicológico.

¿ Cambia el Estilo de Vida entre mujeres y hombres no obesos ?

Mediante el análisis estadístico con la prueba de U de Mann Whitney ($U = 134$, $p > 0.001$) observamos que tanto las mujeres como los hombres no obesos comparten prácticas en su Estilo de Vida en los factores seleccionados: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad; confirmando con ello que las mismas condiciones que se presentaron en los obesos las manifestaron los no obesos con la diferencia de que en éstos últimos no se asocia con la obesidad, debido a que se presentan con menores puntajes.

Esto además denota que el factor biológico no se asocia determinantemente con la gestación de la obesidad sino que deriva de una vinculación estrecha de prácticas cotidianas.

DISCUSION Y CONCLUSION

A través de la revisión teórica de cada uno de los factores del Estilo de Vida: Sedentarismo, Hábitos Alimenticios, Situación Familiar, Situación Laboral y Personalidad y de la aplicación de los instrumentos delimitamos las divergencias y similitudes de la forma de vida que practican las personas obesas y no obesas. Con ello, aportamos a la comprensión de la asociación de la obesidad con el Estilo de Vida del individuo.

Uno de estos factores es el Sedentarismo observamos que es una práctica que comparten tanto los hombres obesos como las mujeres obesas restringiéndose a realizar actividades que den satisfacción a sus necesidades esenciales (alimentación, trabajo) sin considerar entre ellas la actividad física. Así dicho factor participa directamente en la derivación de una variabilidad de enfermedades (cardiacas, coronarias, úlcera duodenal, entre otras) provocando con ello alteraciones en el estado de salud del individuo.

Así como la gente ha dejado de preocuparse por su bienestar físico adoptando a su diario vivir la no realización de actividades ya sea por las condiciones a las que están sujetos, o por la comodidad que les provee la no ejercitación, este papel debiera ser modificado y en vez de causarles fatiga o cansancio sientan la redituación de una satisfacción. La no ejercitación deriva, en gran medida, del desconocimiento de lo que implica hacer ejercicio, no debe considerarse como el ejecutar diariamente una rutina sino que se le debe conceptualizar en un sentido más amplio, como práctica física (movimiento - flexibilidad). Al respecto, coincidimos con lo mencionado por Nakajima (1992) de que para estar en buena forma física lo que se necesita es mantener el peso normal, suficiente flexibilidad, vigor muscular y resistencia cardiovascular para hacer frente a las necesidades cotidianas.

Por tanto, sin lugar a dudas este factor influye de manera determinante en las personas obesas mostrándonos así la existencia de una problemática y, a su vez, deslindando una preocupación, ya que estamos concientes de que no es tarea fácil el

modificar el Estilo de Vida Sedentario de un individuo por las complicaciones personales que trae consigo.

En cuanto a los Hábitos Alimenticios se comprobó que tanto las mujeres como los hombres obesos comparten las mismas prácticas alimenticias, a pesar de que se tiene la creencia de que son ellas las más propensas a engordar al ser las encargadas de preparar los alimentos. Por lo cual, la selección, adquisición, preparación y consumo de los alimentos debe constituir motivo de preocupación ya que entre la población obesa ha adquirido un consumo irracional, por la derivación de las prácticas culturales adoptadas por creencias y costumbres, con ello, coincidimos con el planteamiento de Millen y Murad (1991).

Así, el consumo de los alimentos no únicamente esta dirigido a los requerimientos fisiológicos, sino que deriva de una satisfacción de prácticas adoptadas por el grupo familiar en el que se desenvuelve el individuo, p. ej., podemos comer el mismo platillo que otra persona pero la diferencia radicará en la forma en que como lo preparemos. De esta manera, Bourgues (1990) establece que los factores que se han detectado como determinantes de los hábitos son numerosos y pertenecen tanto a la fisiología y psicología del individuo como a su entorno familiar, social y físico.

Por lo tanto, se hace necesario una labor preventiva dirigida a la población para que sus integrantes tomen conciencia de las implicaciones dañinas de ciertos alimentos y no se inculque el consumo de los mismos, esta labor tendrá que ser encaminada hacia toda aquella persona que sea responsable de proveer de alimentación a otra, principalmente con los menores, siendo conciente de las repercusiones que trae consigo el emplear el alimento como premio, castigo o como refugio ante los estados de ánimo como la ansiedad y la depresión, ya que desde ahí muy probablemente se sientan las bases para el régimen alimenticio posterior. Con esto, apoyamos lo expresado por Quintin (1991) de que la alimentación tiene factores susceptibles de modificación (qué, cómo, cuánto, cuándo y dónde se come) no siendo necesario cambiar todos los hábitos de alimentación sino que

basta con corregir los que son defectuosos, conservar los compatibles y crear buenos hábitos.

Por otra parte el trabajo como actividad central de la vida, es un factor fundamental en el desarrollo de las personas ya que es el modo en que cada una de ellas, en particular, se proveen de bienes materiales, alimento, vestido, vivienda que son necesarios para que puedan vivir, por lo cual las empresas deberían considerar a sus empleados como seres humanos y no verlos como máquinas productivas.

Este factor resultó relevante en el grupo de las mujeres obesas planteando con ello su vinculación con la obesidad. El planteamiento deriva del entendimiento de que el clima laboral, considerado como uno de los escenarios donde el individuo pasa gran parte de su vida, debe proveer al individuo de las mejores condiciones que le permitan lograr el bienestar biopsicosocial. Al respecto Naveillan (1976) menciona que las condiciones físicas, la organización, las relaciones y el sistema de comunicaciones repercuten en el equilibrio psicológico de los trabajadores originando cambios en su comportamiento : agresividad, depresión, ansiedad originados por el ritmo de trabajo, los horarios, la inseguridad y la monotonía, este mismo planteamiento lo reafirman Córdova y Ortiz (1979).

Al analizar el factor Situación Familiar observamos que únicamente los hombres obesos presentan un mayor número de disfunciones en sus relaciones afectivas, recreativas y comunicacionales que mantienen con los miembros de su familia, lo que da origen a diversas alteraciones tanto en la dinámica como en la estructura familiar. Al respecto, Minuchin (1986) refiere que la estructura familiar es el modo en que la familia se organiza en particulares modelos de interacción que proveen alianzas y conflictos, involucraciones y distancias que con el tiempo, terminan por volverse características de esa familia.

Es así como nosotras concluímos que el individuo debe desarrollar habilidades que favorezcan su bienestar realizando actividades recreativas y de descanso, consiguiendo con ello la recuperación de su desgaste físico y nervioso del trabajo y de las tensiones de la vida

diaria, liberándose también del aburrimiento y monotonía para así lograr un crecimiento óptimo tanto personal como familiar.

De esta manera habremos de considerar que el modo habitual de reacción emocional de un individuo depende de su constitución afectiva misma que emana del desarrollo familiar.

Si bien es cierto que el factor Personalidad no se ha abordado profundamente en lo que respecta a la Obesidad, los resultados de nuestra investigación nos demandan el destacar este aspecto. Hemos de considerar que aunque nuestro objetivo no implicó el determinar si factores de personalidad influían directamente para la determinación de la gestación de la obesidad, si pudimos constatar que las personas obesas, principalmente las mujeres, presentan alteraciones de orden emocional: ansiedad, estrés, depresión mismas que condicionan, en gran medida, su comportamiento en todas las esferas de su desarrollo personal.

Es por eso, que apoyamos el planteamiento de Saldaña y Rossell (1988) en cuanto a que los obesos tienen problemas de personalidad que alivian mediante la conducta de la ingesta, además de que la sobreingesta se emplea como mecanismo para reducir la ansiedad. Complementando lo anterior, Wadden (1984) señala que los individuos que están expuestos a situaciones que les crean ansiedad o depresión tenderán a ingerir alimentos para de esta forma descargar en ellos estas emociones.

Habiendo analizado cada uno de los factores de manera particularizada se hace indispensable retomar aspectos relacionados con nuestro grupo de obesos, tanto en hombres como en mujeres, ante la presencia de aspectos que nos confieren su asociación con el mantenimiento de la obesidad: la edad y su actividad laboral.

Los datos de los hombres nos permiten concluir que a medida que incrementan en edad son más susceptibles de obesidad al presentar índices de grasa más elevados en el periodo de los 40 a los 59 años; lo mismo se evidencia con las mujeres a partir de los 36 hasta los 52 años de edad. Esto corrobora lo manifestado por Velasco (1991) en cuanto a

que la obesidad constituye un problema de salud pública en la población adulta con una frecuencia creciente en los grupos de mayor edad.

Considerando la clasificación expresada por Crowden (1932; Cit. En: Blum y Naylor, 1985) en cuanto a las actividades laborales que los individuos desempeñan podemos delimitar a nuestro grupo de obesos dentro de la conceptualización del trabajo ligero al desempeñar trabajos administrativos y al pasar la mayor parte del tiempo sentados no requieren de un gasto de energía elevado y por tanto, presentan un alto nivel de sedentarismo. Con ello, coincidimos con Bray (1989) al señalar que la inactividad física desempeña un papel importante en el desarrollo de la obesidad, así en estudios epidemiológicos comprobó la frecuencia máxima de peso excesivo en varones con ocupaciones sedentarias, además nuestro estudio nos confiere el que la misma situación se presenta en las mujeres.

Los resultados anteriores nos permiten confirmar nuestra hipótesis al sustentar que los individuos obesos y no obesos (mujeres y hombres) comparten prácticas en su Estilo de Vida denotando particularmente en el grupo de obesos factores asociados directamente con el mantenimiento de la obesidad.

Asimismo consideramos haber cumplido nuestros objetivos planteados mismos. que a la vez, nos conducen a sugerir a posteriores investigaciones, cuyo marco de referencia sea la obesidad, considerar la variabilidad de las actitudes entre personas obesas y no obesas que han estado o no bajo tratamiento de reducción en cuanto a que éstas determinan, en gran medida, el sentir, pensar y actuar de los individuos y por tanto predisponen su comportamiento. En este sentido al observar que los Hábitos Alimenticios se relacionan de manera directa con la obesidad hemos de enfatizar la necesidad de un análisis más preciso en cuanto a la incidencia de los grupos alimenticios.

Otro aspecto relevante en el que se pudiera profundizar es en cuanto al detectar, en el ámbito Laboral, cuáles son los síndromes psicosomáticos que presentan los individuos obesos en relación con el puesto que desempeñan , deslindando así el papel que juega el

aspecto biológico, el proceso emocional y social y la integridad de los mismos, para generar y mantener la obesidad de un individuo.

BIBLIOGRAFIA

Acosta, M. y Castillo, A. "Stres en el Trabajo en Relación a los Estilos de Vida". UNAM. México. 1987. Tesis.

Aguilar, S. y Padrón, S. "Determinación del Comportamiento Sexual en Obesos". UNAM. México. 1993. Tesis.

Alvarez, G. ; Osornio, L. y Vázquez, R. "Determinación del Pérfil psicológico en Obesos". UNAM. México. 1992. Tesis.

Badía, M. "Salud Ocupacional y Riesgos Laborales". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. V.98. No.1. (Enero, 1985). 20 - 31 p.

Berg, A. (1975). Estudios sobre Nutrición : su importancia en el desarrollo socioeconómico. Limusa. México.

Birdwood, G. (1987). Calidad de Vida, cómo se puede evaluar y mejorar problemas cardiovasculares en la práctica diaria. Cibageigy. Suiza.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. "El Adelgazamiento en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial". V.108. No.1. (Enero, 1990). 46 - 55 p.

Bourges, R. "Panorama Alimentario de México". Cuadernos de Nutrición. V.5. No.1. (Julio - Agosto - Septiembre, 1981). 18 - 32 p.

Bourges, R. "Guías para la Orientación Alimentaria". Cuadernos de Nutrición. V.10. No.5. (Septiembre - Octubre, 1987). 18 - 26 p.

Bourges, R. "Costumbres, Prácticas y Hábitos Alimentarios" Cuadernos de Nutrición. V.13. No.2. (Marzo - Abril, 1990). 17 - 32 p.

Blum, M. y Naylor, J. (1985). Psicología Industrial: fundamentos teóricos y sociales. Trillas. México.

Braunstein, J. y Toister, R. (1981). Medical Aplications of the Behavioral Sciences. Year Bouk Medical. Chicago.

Bray, G. (1976). The Obese Patient. Saunders. Philadelphia.

Bray, G. (1989). Clínicas Médicas de Norteamérica. University of California. L. A.

Campos, N. "Acercamiento Antropológico a las Prácticas Populares relativas a la Medicina y la Alimentación". Revista de la Facultad de Medicina. V.33. No.1. (Enero - Febrero, 1990). 25 - 35 p.

Castillejas, M. "Las Enfermedades de la Civilización." Revista de Atención Médica. (Abril, 1983). 4 - 7p.

Cerqueira, Ma. "Educación en Nutrición. Metas y Metodología". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. V.99. No.5. (Noviembre, 1985). 498 - 507 p.

Collins, R. (1963). Manual de Neurología y Psiquiatría en la Medicina del Trabajo. Espasa - Calpe. Madrid.

CONAI - INEGI. (1994). El Sector Alimentario en México. México.

Córdova, A. y Ortiz, F. "El Proceso de Trabajo y su Relación con la Salud Mental". Revista de Salud Mental. V.2. No.4. (Diciembre, 1979). 14 - 20 p.

Cormillot, A. ; Zukerfeld, R. ; Olkies, A. y Murua, C. (1977). Obesidad. Médica Panamericana. Buenos Aires.

Davidson, O. y Davidson, M. (1981). Behavioral Medicine : changing health lifestyles. Brunner - Mazel . New York.

Decourt, J. y Périn, M. (1964). La Obesidad. Paidos. España.

De la Fuente, R. "Los Especialistas y la Salud Mental". Gaceta Médica de México. No.11. (Noviembre, 1961). 941 - 945 p.

Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana. Espasa -Calpe. Madrid. T.54.

Fishman, Ch. y Rosman, B. (1988). El Cambio Familiar:desarrollos de modelos. Gedisa. Argentina.

Gaceta Médica de México. "Obesidad". V.126. No.5. (Septiembre-Octubre, 1990). 413- 414 p.

García, J. y Fanghanel, G. "Obesidad". Revista de la Facultad de Medicina. V.XVIII. Año 18. No.9. (1975). 30 - 34 p.

Garrido, I. " ¿Fracaso o Exito de las Técnicas Conductuales en el Tratamiento de la Obesidad ? " Revista de Psicología General y Aplicada. V.38. No.1. (1983) 123 - 139 p.

González, E. (1988). Diagnóstico de la Salud en México. Trillas México.

Guerra, C. "La Promoción de la Salud" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. V.113. Nos.5 - 6. (Noviembre- Diciembre, 1992) 543 - 548 p.

Haley, J. (1970). Changing Families a Family therapy reader. Corporation Harcourt Brace. Philadelphia.

Hernández,R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México.

Holtzman, W ; Evans, R. ; Kennedy, S. e Iscoe, I. "Psicología y Salud. Contribuciones de la Psicología al Mejoramiento de la Salud y de la Atención de Salud." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.V.105. No.3. (Septiembre, 1988). 245 - 282 p

Hurtado, J. "Determinantes Culturales en la Selección de Alimentos" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. V.96. No.4. (Abril, 1984). 346 - 367 p.

Icaza, J. y Béhar, M. (1981). Nutrición. Interamericana. México.

Infante, J. "Obesidad". Revista Chilena de Pediatría. V.64. No.6. (Noviembre - Diciembre, 1993). 403 - 406 p.

Kaufer, H. "Dietas Falaces para bajar de Peso". Cuadernos de Nutrición. V.13. No.1. (Enero - Febrero, 1990). 5 - 11 p.

Kaufer, H. "La Modificación de la Conducta Alimentaria en el manejo de la Obesidad". Cuadernos de Nutrición. V.16. No.2. (Marzo - Abril, 1993). 17 - 32 p.

Kerlinger, F. (1985). Enfoque Conceptual de la Investigación del Comportamiento. Interamericana. México.

Kumate, J. ; Cañedo, L. y Pedrotta, O. (1977). La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México. Colegio Nacional. México.

Laurell, A. ; Bellinghausen, H. ; García, P. ; Perló, C. ; Rodríguez, L ; Alonso, J. y Martínez, S. (1986). Condiciones de Trabajo. Siglo Veintiuno. México.

Liisberg, E. "La Obesidad". Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud. (Julio - Agosto , 1991). 8 p

Mancilla, D. , Ocampo, T. ; López, A.; Alvarez, R. y Vázquez, A. "Patrones Nutricionales y Prevención de Enfermedades. Determinación del Pérfil Psicológico en Obesos". UNAM. México. 1992. Trabajo de Investigación.

Mancilla, J. ; Durán, A. ; Ocampo, Ma. y López, V. "Rasgos de Personalidad Comunes en Obesos". Revista Salud Pública de México. V.34. No.5. (Septiembre - Octubre, 1992). 533 - 539 p.

Martínez, O. " Epidemiología y Salud Ocupacional" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. V.10. No.1. (Julio. 1988). 81 - 85 p.

Mc Laren, D. (1983). La Nutrición y sus Trastornos . Manual Moderno. México.

Méndez, I; Moreno L.. "Salud Ocupacional.Un Area Prioritaria en la Salud de los Trabajadores". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.V.93. No.6. (Diciembre, 1986). 506 - 519p.

Méndez, I; Moreno, L; Namihira, A, Guerrero, N y Sosa, C. (1987). El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Elaboración y Análisis. Trillas. México.

Millen, P. y Murad, H. "Comer Mejor para Vivir más Tiempo". Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud. (Mayo - Junio, 1991). 22 - 24 p.

Miller, F. y Burt, J. (1973). Salud Individual y Colectiva. Interamericana. México.

Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar.Gedisa.México.

Monge, P. "Cooperativas Escolares : reorientar los hábitos alimentarios" . Cuadernos de Nutrición. V.6. No.7. (Enero - Febrero - Marzo, 1983). 36 - 41 p.

Morales de León, J. "Los alimentos : composición y clasificación". Cuadernos de Nutrición. V.5 No.2. (Octubre - Noviembre - Diciembre, 1981) 17 - 32 p.

Morris, J. y Collins, M. "El Ejercicio Físico y la Salud son Indisociables". Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud. (Enero - Febrero, 1992). 6 - 7 p.

Nakajima, H. "Nutrición Sana: un desafío mundial". Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud. (Julio - Agosto, 1991). 2 - 4 p.

Nakajima, H. "Evitemos el Sedentarismo". Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud. (Enero - Febrero, 1992). 25 - 26 p.

Navarro, R. (1990). Psicoterapia Antidepresiva. Trillas. México.

Naveillan, P. "Salud Ocupacional". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. V.80 No.2. (Febrero, 1976). 123 - 133p.

Neff, S. (1972). El Trabajo, el Hombre y la Sociedad. Paidos España

Nordby, V. y Calvin, S. (1979). Vida y Conceptos de los Psicólogos más importantes. Trillas. México.

Onnis, L. (1990). Terapia Familiar de los Trastornos Psicosomáticos. Paidos. España.

Panella, J. "Algunos Cambios en la Dieta del Mexicano" Cuadernos de Nutrición V.11 No.2. (Marzo - Abril , 1988). 33 - 35 p.

Peniche, L. y Ruiz, A. (1989). Psicología de los Accidentes. Continental. México.

Quintin, O. (1991). Nutrición Normal para toda la Familia. Francisco Mendes - Cervantes. México.

Rausch, H. y Bay, L. (1990). Anorexia Nerviosa y Bulimia : amenazas a la autonomía. Paidos. España.

Represas, J. "Ejercicio Fisico para la Prevención y Tratamiento de Obesidad". Revista Pediátrica. V.2. No.3. (Mayo - Junio, 1993). 37 - 48 p.

Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). Obesidad. Martínez Roca. Barcelona.

Sánchez, G. "Algunos Factores que afectan la Selección de Alimentos". UNAM. México. 1985. Tesis.

San Martín, H. (1985). La Crisis Mundial de la Salud. Problemas Actuales de Planificación ,Organización y Gestión de los Servicios de Salud. Ciencia. Madrid.

San Martín, H. (1988). Salud y Enfermedad. La Prensa Médica de México. México.

Schrock, J. ; Fulton, A. y Beard, J. (1985). Nutrición : conceptos básicos y aplicaciones. Mc Graw - Hill. México.

Sebrell, W. y Haggerty, J. (1980). Alimentos y Nutrición. Multicolor. México.

Spielberger, D. y Diaz, G (1975). Inventario de Ansiedad : Rasgo - Estado. Manual Moderno. México.

Storlie, J. y Jordan, H. (1984). Evaluation and Treatment of Obesity. Spectrum Publications. New York.

Taylor, K. y Anthony, L. (1985). Nutrición Clínica. Mc Graw - Hill. México.

Timio, M. (1979). Clases Sociales y Enfermedad : introducción a una epidemiología diferencial. Nueva Imagen. México.

Valencia, F. "El Sistema Alimentario Mexicano". Cuadernos de Nutrición. V.5. No.2. (Octubre - Noviembre - Diciembre, 1981). 33 - 48 p.

Van Itallie, T. "Obesity : adverse effects on health and longevity". American Journal of Clinical Nutrition. V.32. No.2. (1977). 2723 - 2733 p.

Velasco, D. "Causas de Fracaso en el Tratamiento de Reducción en el Paciente Obeso". UNAM. Puebla. 1991. Tesis en Medicina Familiar.

Vera, N. y Fernández, C. (1989). Prevención y Tratamiento de la Obesidad. Martínez Roca. Barcelona.

Weiss, H. (1992). Cómo Controlar su Estrés. Aguilar. México.

White, L. "How to improve the public health. The New England" Journal of Medicine. V.293. No.15. (Febrero, 1975). 773 - 774 p.

ANEXOS

CUESTIONARIO 1

NOMBRE : _____

EDAD : _____

SEXO : _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA : _____

FECHA : _____

INSTRUCCIONES. Se le agradece de antemano la atención prestada a este cuestionario y se le suplica que encierre en un círculo, únicamente la palabra de aquella respuesta que más se acerque a lo usted hace con respecto a cada una de las preguntas. Sus respuestas serán valiosas y de carácter confidencial. Cabe aclarar que no existen respuestas buenas ni malas.

Este cuestionario deberá ser resuelto lo más sinceramente posible y en forma individual.

_ 1. En mi trabajo subo con frecuencia escaleras (no elevador).

No Poco Regular Mucho

_ 2. Me agrada hacer ejercicio.

No Poco Regular Mucho

_ 3. Los fines de semana realizo actividades que requieren de movimiento constante.

No Poco Regular Mucho

_ 4. Para transladarme a algún lugar frecuentemente uso un medio de transporte público (no taxi).

No Poco Regular Mucho

_ 5. En mi tiempo libre me agrada realizar actividades que requieren esfuerzo físico.

No Poco Regular Mucho

_ 6. Frecuentemente acostumbro caminar alrededor de 15 minutos.

No Poco Regular Mucho

_ 7. En casa subo con frecuencia escaleras (no elevador).

No Poco Regular Mucho

_ 8. Practico con frecuencia algún deporte.

No Poco Regular Mucho

_ 9. Mi trabajo me mantiene en constante actividad física.

No Poco Regular Mucho

_ 10. Me agrada ser una persona inactiva.

Mucho Regular Poco No

_ 11. Me gusta bailar ya que es una forma de hacer ejercicio.

No Poco Regular Mucho

_ 12. Acostumbro correr con frecuencia los fines de semana.

No Poco Regular Mucho

_ 13. Evito actividades que requieren de mi esfuerzo físico.

Mucho Regular Poco No

_ 14. Con frecuencia me mantengo realizando diversas actividades.

No Poco Regular Mucho

_ 15. Los fines de semana me agrada realizar limpieza general de mi casa.

No Poco Regular Mucho

_ 16. Como fuera de casa (incluyendo la compra de comida preparada).

Frecuente Regular Poco No

_ 17. Cuando me encuentro realizando alguna actividad acostumbro comer pan, galletas o frituras.

Mucho Regular Poco No

_ 18. Mi estado de ánimo (tristeza, alegría, estrés) origina que yo consuma alimentos entre comidas.

Mucho Regular Poco No

_ 19. Con frecuencia en mi comida ingiero algunos de los siguientes alimentos :

_ a) Manteca Mucho Regular Poco No

_ b) Sopa de pasta Mucho Regular Poco No

_ c) Pan Mucho Regular Poco No

_ d) Tortilla Mucho Regular Poco No

_ e) Pizza Mucho Regular Poco No

_ f) Refrescos Mucho Regular Poco No

_ g) Chocolates Mucho Regular Poco No

_ 20. Acostumbro comer con frecuencia carnes frías.

Mucho Regular Poco No

_ 21. Ingiero alimentos entre comidas.

Mucho Regular Poco No

_ 22. Consumo los alimentos que me atraen por su apariencia.

Mucho Regular Poco No

_ 23. Generalmente como en casa todas las comidas.

No Poco Regular Mucho

_ 24. Frecuentemente cuando llego de trabajar me gusta preparame bocadillos antes de sentarme a comer.

Mucho Regular Poco No

_ 25. Acostumbro respetar mis horarios de comida.

No Poco Regular Mucho

_ 26. Mi estado de ánimo (tristeza, alegría, estrés) origina que yo consuma una mayor cantidad de alimentos.

Mucho Regular Poco No

_ 27. Con qué regularidad consume los siguientes alimentos :

_ a) Hamburguesas Mucho Regular Poco No

_ b) Hot Dog Mucho Regular Poco No

_ c) Enchiladas Mucho Regular Poco No

_ d) Sopes Mucho Regular Poco No

_ e) Huaraches Mucho Regular Poco No

_ f) Tacos Mucho Regular Poco No

_ g) Quesadillas Mucho Regular Poco No

_ h) Tortas Mucho Regular Poco No

_ 28. Generalmente acostumbro ingerir ensaladas verdes.

No Poco Regular Mucho

_ 29. Después de ingerir mis alimentos acostumbro comer un postre (pastel,flan o gelatina, galletas, chocolates y dulces).

Mucho Regular Poco No

_ 30. Me agrada ingerir alimentos que se preparan con mayonesa.

Mucho Regular Poco No

_ 31. Mi trabajo es estimulante.

No Poco Regular Mucho

_ 32. Mi actividad laboral resulta relajante.

Mucho Regular Poco No

_ 33. Es agradable el trato con mis compañeros de trabajo.

No Poco Regular Mucho

_ 34. Mis jefes halagan mi desempeño en el trabajo.

No Poco Regular Mucho

_ 35. El ambiente de trabajo me resulta satisfactorio.

No Poco Regular Mucho

_ 36. Me resulta satisfactorio compartir la comida con mis compañeros de trabajo.

No Poco Regular Mucho

_ 37. La relación de trabajo con mis jefes es agradable.

No Poco Regular Mucho

_ 38. Mi trabajo requiere que tome decisiones.

Mucho Regular Poco No

_ 39. Se me permite introducir y consumir alimentos dentro de la empresa.

Mucho Regular Poco No

_ 40. El espacio físico donde laboro contribuye a que ingiera alimentos.

Mucho Regular Poco No

_ 41. Mi actividad laboral resulta estresante.

Mucho Regular Poco No

_ 42. Me resulta satisfactorio el que me otorguen responsabilidades.

Mucho Regular Poco No

_ 43. Requiero consumir alimentos cuando realizo mi actividad laboral.

Mucho Regular Poco No

_ 44. La empresa me brinda accesibilidad para consumir café, galletas, entre otros productos.

Mucho Regular Poco No

_ 45. La mayoría de mi familia ha presentado obesidad.

Mucho Regular Poco No

_ 46. Mi cónyuge suele comentarme que los (as) gorditos (as) son personas simpáticas y cariñosas.

Mucho Regular Poco No

_ 47. El que me enoje con mi cónyuge o hijos origina que ingiera entre comidas.

Mucho Regular Poco No

_ 48. Cuando vamos al cine compramos golosinas para disfrutar mejor la película.

Mucho Regular Poco No

_ 49. Cuando llega mi cónyuge de trabajar acostumbra llevarme algún bocadillo.

Mucho Regular Poco No

_ 50. Las personas cercanas a mí suelen comentar que gozo de un buen estado de salud al verme gordito (a).

Mucho Regular Poco No

_ 51. En mi familia nuestros momentos de ocio los disfrutamos comiendo alimentos.

Frecuente Regular Poco No

_ 52. Antes de ponernos a jugar algún juego de azar preparamos una botana.

Frecuente Regular Poco No

_ 53. En mi familia consideramos que el estar gordito (a) es gozar de buena salud.

Mucho Regular Poco No

_ 54. Cuando estamos viendo la T.V. solemos ir a comprar lo productos (golosinas) que anuncian para disfrutar mejor el programa.

Frecuente Regular Poco No

_ 55. Considero que entre más gordito (a) me encuentre más le agradaré a mi cónyuge.

Mucho Regular Poco No

_ 56. Mi cónyuge suele hacerme bromas respecto de que le gustan los (as) gorditos (as).

Mucho Regular Poco No

CUESTIONARIO 2

NOMBRE : _____

EDAD : _____

SEXO : _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA : _____

FECHA : _____

INSTRUCCIONES . Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo la palabra que indique COMO SE SIENTE AHORA MISMO, O SEA , EN ESTE MOMENTO. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

COMO SE SIENTE AHORA MISMO, O SEA , EN ESTE MOMENTO

_ 1. Me siento calmado.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 2. Me siento seguro.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 3. Estoy tenso.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 4. Estoy confundido.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 5. Estoy a gusto.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

Recuerde que debe dar sus respuestas de acuerdo a :

COMO SE SIENTE AHORA, O SEA , EN ESTE MOMENTO

_ 6. Me siento alterado.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 7. Estoy preocupado actualmente por cosas que posiblemente no sucederán.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 8. Me siento descansado.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 9. Me siento ansioso.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 10. Me siento cómodo.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 11. Me siento con confianza en mí mismo.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 12. Me siento nervioso.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 13. Me siento agitado.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 14. Me siento a punto de explotar.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 15. Me siento tranquilo.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 16. Me siento satisfecho.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

Recuerde que debe dar sus respuestas de acuerdo a :

COMO SE SIENTE AHORA, O SEA , EN ESTE MOMENTO

_ 17. Estoy preocupado.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 18. Me siento muy alterado.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 19. Me siento alegre.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

_ 20. Me siento bien.

Mucho Bastante Un Poco No en lo absoluto

INSTRUCCIONES. Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo la palabra que indique COMO SE SIENTE GENERALMENTE. No hay contestaciones buenas o malas, no emplee mucho tiempoen cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

COMO SE SIENTE GENERALMENTE.

_ 21. Me siento bien.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 22. Me canso rápidamente.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 23. Siento ganas de llorar.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

Recuerde que debe dar sus respuestas de acuerdo a :

COMO SE SIENTE GENERALMENTE.

_ 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 26. Me siento descansado.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 30. Soy feliz.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 31. Tomo las cosas muy apecho.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 32. Me falta confianza en mí mismo.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 33. Me siento seguro.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 34. Ante las dificultades generalmente realiza ciertas actividades que me dejan relajado

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

Recuerde que debe dar sus respuestas de acuerdo a :

COMO SE SIENTE GENERALMENTE

_ 35. Me siento melancólico.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 36. Me siento satisfecho.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 39. Soy una persona estable.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

_ 40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.

Casi Siempre Frecuentemente Algunas Veces Casi Nunca

Recuerde que debe dar sus respuestas de acuerdo a :

COMO SE HA SENTIDO O COMO SE HA VENIDO SINTIENDO ULTIMAMENTE.

_ 41. ¿Se siente triste o afligido?

Mucho Regular Poco No

_ 42. ¿Llora o tiene ganas de llorar ?

Mucho Regular Poco No

_ 43. ¿Duerme mal de noche ?

Mucho Regular Poco No

Recuerde que debe dar sus respuestas de acuerdo a :

COMO SE HA SENTIDO O COMO SE HA VENIDO SINTIENDO ULTIMAMENTE.

_ 44. ¿En la noche se siente peor ?

Mucho Regular Poco No

_ 45. ¿Le cuesta trabajo concentrarse ?

Mucho Regular Poco No

_ 46. ¿Le ha disminuído el apetito ?

Mucho Regular Poco No

_ 47. ¿Siente que las cosas que realiza las hace en forma repetitiva ?

Mucho Regular Poco No

_ 48. ¿Ha disminuído su interés sexual ?

Mucho Regular Poco No

_ 49. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor ?

Mucho Regular Poco No

_ 50. ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho ?

Mucho Regular Poco No

_ 51. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso ? (Cualquiera de las tres).

Mucho Regular Poco No

_ 52. ¿Se siente cansado o decaído ?

Mucho Regular Poco No

_ 53. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal ?

Mucho Regular Poco No

_ 54. ¿Le duele, con frecuencia, la cabeza o la nuca ?

Mucho Regular Poco No

Recuerde que debe dar sus respuestas de acuerdo a :

COMO SE HA SENTIDO O COMO SE HA VENIDO SINTIENDO ULTIMAMENTE.

_ 55. ¿Está más irritable o enojón que antes ?

Mucho Regular Poco No

_ 56. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo ?

Mucho Regular Poco No

_ 57. ¿Se siente que les es menos útil a su familia ?

Mucho Regular Poco No

_ 58. ¿Siente miedo de algunas cosas ?

Mucho Regular Poco No

_ 59. ¿Ha sentido deseos de morirse ?

Mucho Regular Poco No

_ 60. ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes ?

Mucho Regular Poco No