

01921
251



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD:
VENTAJAS Y DESVENTAJAS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:**

MA. DEL CARMEN VILLEGAS GÓMEZ.

**DIRECTORA: LIC. EVA MARÍA ESPARZA MEZA.
REVISORA: DRA. ROSA KORBMAN CHJETAITE.**



MÉXICO, D. F.

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme brindado la oportunidad de formar parte de ella, que es el centro del pensamiento y la investigación en nuestro país.

A mis maestras Bertha Blum Grinberg y Eva Esparza Meza, que orientaron mis conocimientos a lo que será el futuro de mi vida profesional, a través del "Programa para la Profesionalización y Optimización de la Enseñanza del Psicólogo Clínico".

A la Mtra. Eva Esparza Meza y a la Dra. Rosa Korbman Chjetaite, por dirigir y asesorar este trabajo de tesis.

A mis sinodales Lic. Mireya Gamiochipi Cano, Mtra. Lilia Joya Laureano y Lic. Yolanda Olguín García, por la revisión de la tesis y sus valiosas sugerencias.

A mis amigos y compañeros de la Facultad de Psicología, cuya compañía y acicate tiene gran valor para mí.

Dedicatorias.

A Hugo:

Por su apoyo moral y valiosa ayuda que me brindó durante la elaboración de este trabajo, que tuvo sus momentos difíciles y también gratificantes, en los cuales nunca me sentí sola porque siempre conté con su compañía, por lo que quiero compartir este logro tan importante, preámbulo de los que aún faltan.

Me siento muy afortunada de tenerlo a mi lado.

ción General de Bibliotecas de la
en formato electrónico e impreso el
mi trabajo recepcional.

Ma del Carmen

Villagos Gilman

19-Marzo-2003

[Firma]

A mi padre:

Ejemplo de la paciencia y dedicación para el trabajo arduo, del cariño a la familia y la bondad para compartir.

Que me alentó durante todos mis estudios y en especial en la etapa universitaria.

A mi madre:

Por ser el origen de mis buenos hábitos, respaldo en mis momentos de flaqueza, compañera de mis logros y mi felicidad. Quien no cesa para que cumpla mis metas.

A mi hermano:

Aliado y cómplice en aventuras y travesuras, compañero de mis juegos. Por acompañarme en todos los momentos importantes de mi vida.

Con mucho amor: Carmen.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2

CAPITULO 1 OBESIDAD

1.1	Antecedentes	5
1.2	Definición	10
1.3	Clasificación	11
1.4	Diagnóstico Diferencial	12
1.5	Etiología	14
	1.5.1 Factores Genéticos	14
	1.5.2 Factores Fisiológicos	16
	1.5.3 Factores Psicológicos	20
	1.5.4 Factores Socioculturales	23
1.6	Obesidad en niños	25

CAPITULO 2 ASPECTOS PSICOSOCIALES

2.1	Obesidad: personalidad y psicopatología	29
2.2	Pautas sexuales	36
2.3	Imagen corporal y autoestima	38
	2.3.1 Investigación de imagen corporal y autoestima en niños	41
2.4	Factores Sociales	44

CAPITULO 3 TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD

3.1	Norma Oficial Mexicana para el tratamiento de la obesidad	50
3.2	Consideraciones generales para el tratamiento de la obesidad	54
3.3	Tratamientos Psicológicos	55

3.3.1	Técnicas Cognitivo-conductuales	55
3.3.1.1	Investigaciones con tratamientos de técnica cognitivo-conductual	58
3.3.1.2	Tratamiento cognitivo-conductual en niños	66
3.3.2	Técnica Psicoanalítica	68
3.3.2.1	Investigación con tratamiento psicoanalítico	69
3.4	Tratamientos Farmacológicos	73
3.5	Tratamientos de Restricción alimentaria	77
3.6	Actividad Física	84
3.7	Tratamiento Quirúrgico	86
3.8	Generalidades sobre el tratamiento en niños	89

CAPITULO 4 ANÁLISIS DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD.

4.1	Tratamientos Psicológicos	94
	A. Técnica cognitivo-conductual	94
	B. Técnica psicoanalítica	99
4.2	Tratamiento Farmacológico	100
4.3	Tratamiento de Restricción alimentaria	108
4.4	Actividad Física	112
4.5	Tratamiento Quirúrgico	116
4.6	Generalidades de las ventajas y desventajas de tratamientos para la obesidad infantil	123

CAPITULO 5

5.1	Discusión y conclusiones	128
5.2	Sugerencias	140
5.3	Aportaciones	141
5.4	Limitaciones	141

REFERENCIAS	142
-------------	-----

PAGINACIÓN DISCONTINUA

RESUMEN.

En este trabajo se hace una revisión de las ventajas y desventajas de los tratamientos disponibles para el problema de la obesidad. El concepto de este estado ha variado a través del tiempo, de concebirse como signo de salud y reproducción a un estado fuera de los cánones de belleza y salud.

La obesidad se asocia como estado premórbido a enfermedades como la hipertensión, hiperlipidemias, arterioesclerosis, osteoartritis, diabetes mellitus II, trastornos cardíacos y otras. Entre los métodos para determinar el sobrepeso están el índice de masa corporal (IMC), porcentaje de masa corporal, el índice de cintura cadera y pliegues cutáneos. Muchas definiciones se basan en el IMC aunque no es el más exacto. La obesidad se define por el sobrepeso debido a exceso de tejido graso (Braguinsky, 1996).

La clasificación de la obesidad se hace en función de diversos aspectos: según sus rasgos morfológicos en hipertrófica e hiperplásica; según la distribución del tejido adiposo; según las causas en endógena y exógena.

Aunque no se incluye en los trastornos de la conducta alimentaria, se hace el diagnóstico diferencial con la bulimia y la anorexia por considerar que comparten aspectos cognitivos y conductuales.

La etiología se asocia con aspectos genéticos, fisiológicos, psicológicos y socioculturales.

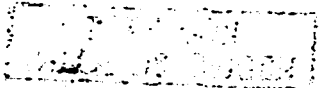
La relación entre obesidad y psicopatología es evidente pero algunos la proponen como causa y otros como efecto. Se ha considerado que los obesos son orales, dependientes, depresivos, impulsivos entre otros rasgos de personalidad. Otros aspectos en que se muestran dificultades son la sexualidad, la imagen corporal y la autoestima.

Se considera que la influencia sociocultural es muy fuerte, la industrialización y la mecanización a llevado a la disposición de alimentos ricos en calorías y el sedentarismo, lo que repercute también en la población infantil. Además que en las relaciones familiares los alimentos juegan un papel importante.

En cuanto a los tratamientos para la obesidad existen los médicos, nutricionales y psicológicos, en éstos últimos se distinguen dos técnicas: cognitivo conductual y psicoanalítica. La primera incluye modificación de hábitos y cogniciones, dietas y ejercicio, que dan la impresión de ser los más completos, pero los resultados no se plantean a largo plazo. La técnica psicoanalítica no es específica, aunque individualiza los casos y trata las dificultades psicológicas subyacentes a este problema.

Los otros tratamientos incluyen la restricción alimentaria, dietas que intentan reducir la ingesta y lograr un equilibrio energético, hay gran diversidad de éstas, algunas riesgosas por usar sólo uno o dos alimentos y otras intentan ser equilibradas incluyendo varios alimentos, muchas sin fundamento científico. Los medicamentos sólo son coadyuvantes en el tratamiento, tienen el inconveniente de presentar efectos cortos y algunos causan dependencia, se clasifican en: anorexígenos, tranquilizantes, que actúan sobre la saciedad, en el intestino y a nivel metabólico. La actividad física es indispensable para cualquier tratamiento, su valor es el de mantener el peso a largo plazo y prevenir recaídas. Finalmente los tratamientos quirúrgicos son la alternativa extrema para la obesidad severa, las técnicas más usadas son el Bypass gástrico y las gastroplastías con banda. Se hace hincapié en que la liposucción no es un tratamiento para la obesidad.

El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario para abarcar todos sus aspectos, como lo plantea la Norma Oficial Mexicana para su manejo integral, donde el psicólogo tiene un papel importante. Se requiere de más investigación sobre las causas y consecuencias psicológicas de la obesidad, sobre los efectos psíquicos de los tratamientos que se implementan, para lograr la mejor adaptación y el éxito.



INTRODUCCIÓN.

Un estado añejo ocupa hoy el lugar de una enfermedad: la obesidad. Ésta despierta la atención de los equipos de salud, pues se ha descubierto asociada a graves enfermedades que significan las principales causas de muerte en los países industrializados. Trastornos cardiovasculares y cáncer, así como alteraciones que acortan y deterioran la calidad de vida, como la osteoartritis, diabetes mellitus tipo II, hiperuricemia, gota, dislipidemias y enfermedades de la vesícula biliar se encuentran entre las más evidentes. Lo que antes fue signo de salud actualmente se intenta contrarrestar con diversos procedimientos, algunos con poco fundamento científico y otros complejos, como las intervenciones psicológicas llegando hasta las situaciones extremas como las quirúrgicas.

Para estimar el grado de obesidad se emplean diversos métodos, entre los más comunes está el Índice de masa corporal (IMC). Para su definición también se hace uso de este índice, por ejemplo la Norma Oficial Mexicana del Diario Oficial de la Federación (1998) la define como enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en adultos cuando existe IMC mayor de 27 y en la población de talla baja mayor de 25.

La encuesta nacional de nutrición de 1999 en México señaló que el 52.5% de las mujeres tuvieron sobrepeso, 30.8% sólo sobrepeso y 21.7% francamente obesas. El problema en la niñez va cada vez más en aumento, en la última década la incidencia de este padecimiento en menores de seis años se duplicó de 5 a 10% y en el rango de 10 a 14 años aumentó de 8 a 14%. Estas cifras alarman porque evidencian a la obesidad como un problema de salud pública (Instituto Nacional de Nutrición. 1999).

Para el 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que hay 300 millones de personas con obesidad severa en el mundo, 750 millones con sobrepeso (20-30% más sobre el ideal). En México, se calcula que la mitad de los habitantes tienen un exceso de grasa corporal (Medellín, 2002).

Comprender la etiología y las consecuencias de la obesidad tiende a convertirse en tema prioritario. Para los estudiosos de la salud se requiere ampliar los conceptos sobre la obesidad, sus causas, y formas de desarrollo. Su asociación con factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y sociales se establecen comúnmente. La genética considera que existen defectos en la secuencia de ADN y mutaciones en la codificación de genes. Por otro lado, la fisiología explica que en el consumo de alimentos hay mecanismos reguladores y centros neurales y que la obesidad es la causa de alteraciones en estos. Las concepciones psicosociales proponen como disparadores a las cogniciones erróneas, los malos hábitos alimenticios influenciados por la mecanización e industrialización de la vida, el aprendizaje de la conducta de comer para mitigar y evitar ansiedades por la separación de figuras significativas, ansiedades causadas por las relaciones interpersonales y sexuales, en general, como medio para liberar tensión. Además de estas dificultades los obesos se enfrentan con los problemas de imagen corporal y autoestima, son objeto de prejuicios y discriminación; con mucha frecuencia estas presiones sociales tienen más peso que las cuestiones de salud y los lleva a iniciar tratamientos sin consultar a especialistas.

Aunque no existen datos contundentes sobre la personalidad de los individuos obesos, los datos más frecuentemente encontrados coinciden en que hay rasgos de oralidad, dependencia, pasividad, etc. Algunos datos sugieren que los obesos tienden a la depresión y ansiedad, otros que estos estados son la causa; pero, para aclarar esta información, aun faltan estudios. Hay que considerar que no importa cual factor sea el predominante, el punto crítico es el desequilibrio entre lo que se ingiere y lo que se gasta en calorías. ¿Cuál tratamiento es el idóneo?, esta pregunta es la que sirvió como motivo para la realización de este trabajo, existe hoy en día tanta publicidad para el manejo de la obesidad que es necesario conocer cuales son las bases de lo que ofrecen cada uno de los tratamientos, analizar sus ventajas y desventajas para poder desarrollar intervenciones adecuadas y aconsejar a las personas de la mejor manera.

Los tratamientos elegidos para este análisis son los farmacológicos, de restricción alimentaria, actividad física, quirúrgicos y psicológicos estos últimos

abordándolos con mayor detalle. Todos han mostrado actuar para lo que han sido diseñados, pero no están exentos de efectos colaterales indeseables en la salud mental o física, que los limitan en su tiempo de acción o hasta pueden ser peligrosos para la salud. Estos resultados también se han observado en la población infantil, en la que no es recomendable la aplicación de dietas restrictivas por los efectos que tiene en el desarrollo. Los tratamientos psicológicos parecen estar dominados por las técnicas cognitivo-conductuales que ofrecen la inclusión de modificaciones en los hábitos alimenticios, cogniciones, así como de dietas y ejercicio, mientras que los psicoanalíticos proponen desentrañar los orígenes de la obesidad. En cualquier caso se requiere de un tratamiento individual, integral y multidisciplinario, que abarque todos los aspectos de este complejo problema y siempre pensándolo a largo plazo, probablemente para toda la vida, más que un tratamiento, es un cambio en el estilo de vida.

CAPITULO 1.

OBESIDAD.

1.1 ANTECEDENTES.

A través del tiempo la concepción de obesidad ha cambiado considerablemente, pero ha estado presente desde los albores de la humanidad unas veces como protagonista otras como figura representativa, ocasionalmente como deidad; casi siempre caracterizando figuras en el arte como: en la pintura, escultura, personajes de la literatura, caricaturas, moda, etc. El ideal actual de extrema delgadez contrasta con las figuras redondeadas de Rubens en el siglo XVII, por ejemplo en su obra *las tres gracias*, hace un homenaje a carnes rosadas y exuberantes, plenas de vida. Las figuras femeninas de Botticelli delgadas pero con formas y en Fernando Botero la representación del mundo actual con modelos obesos (Braguinsky, 1996). El obeso, en el pasado, estaba relacionado con salud, fuerza, reserva calórica, fertilidad; como lo muestran las representaciones artísticas desde la prehistoria. Veinticinco mil años atrás los artesanos comenzaron a realizar esculturas de figuras femeninas, muchas de ellas obesas y cientos se han encontrado a través de las islas euro-asiáticas hasta Siberia y al norte de España. Un ejemplo es la Venus de Willendorf , una de las primeras esculturas, que se encontró en una cueva cerca de la Villa Austriaca del mismo nombre, en los alrededores de Viena. Consiste en una figura obesa con un torso y piernas muy atenuadas las cuales carecen de pies, las extremidades superiores son muy reducidas, grandes senos, su rostro no es visible ya que se encuentra cubierto con un casco decorativo, de forma significativa el torso aparece acentuadamente unido a los genitales (S. M George y Cowan, 2000). Un personaje bíblico como Astarté se ha mostrado de carnes opulentas, generosas en los muslos, de apariencia erótica en las representaciones pictóricas de Sebastiano Conca, D.G. Rossetti y Fernando Khnopff (Bornay, 1990); así como también las yakshi o "espíritus femeninos" que aparecen en la muerte de buda, donde el escultor

recalca los muslos voluminosos como haciendo referencia a la obesidad femoroglútea (www.encolombia.com).

En cualquier época lo que la sociedad juzga como una talla aceptable para las mujeres está determinado por factores tan complejos como los biológicos, sociales y económicos. Antes del siglo XX el valor de la mujer y sus posibilidades de matrimonio dependían de su potencial para tener hijos, ya que la mujer no tenía un estatus legal y estaban sujetas al matrimonio para el sostén económico. Las mujeres obesas eran buenas candidatas para el matrimonio porque se consideraban sanas, suficientemente fuertes para resistir enfermedades infecciosas y para el trabajo, con mayores posibilidades de tener vida reproductiva. Las mujeres esbeltas eran vistas como frágiles y enfermizas. Al comienzo del siglo pasado, con el movimiento de liberación femenina, las nuevas oportunidades de empleo permitieron a la mujer demostrar su nivel económico fuera de casa. La liberación de los roles tradicionales requirió de cambios en los estilos de vestir; los vestidos largos y pesados dejaron de ser funcionales para el nivel de trabajo, como las nuevas y menos pesadas prendas fueron reveladoras, la figura corporal se convirtió en una gran preocupación. No obstante que en los años 20's las figuras esbeltas eran admiradas no se compara con el grado de esbeltez que es admirado e idealizado actualmente, nunca había sido un ideal estético o sexual. Los signos más severos de figuras esbeltas emergieron en los 60's, al mismo tiempo que las mujeres demandaban más oportunidades económicas y libertad sexual, los cuerpos redondos asociados con la maternidad y nutrición, aspectos relacionados con el rol femenino, fueron abandonados y hasta desdeñados. Aunque el peso ideal se convirtió en algo extremoso y poco realista, para la mayoría de las personas, el mensaje actual es que las figuras esbeltas se relacionan con felicidad, aceptación y atractivo. Lo más sorprendente es que, a pesar del surgimiento de una gran variedad de métodos para adelgazar y la difusión de información sobre los riesgos que trae consigo, el problema de obesidad va cada vez más en aumento (Toro, 1999).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el planeta hay 300 millones de obesos severos y 750 millones de personas con algún grado de sobrepeso

(Medellín, 2002). La Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 en México, menciona que el 52.5% de las mujeres fueron clasificadas con sobrepeso u obesidad; 30.8% se clasificaron con sobrepeso y 21.7% se clasificaron como obesas, las edades fluctuaron entre los 12 y 49 años (Instituto Nacional de Nutrición, 1999).

La palabra obesidad viene del latín "obesus" que significa exceso de comida. Según la Norma Oficial Mexicana del Diario Oficial de la Federación (1998) se define la obesidad como: "enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo; en adultos cuando existe un índice de Masa Corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25." La etiología de este fenómeno se relaciona con factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. El nivel socioeconómico se asocia altamente con la obesidad; es mucho más común en mujeres que en hombres de nivel socioeconómico bajo. La edad avanzada y la obesidad están asociadas hasta los 50 años; existe una alta prevalencia de este problema entre las mujeres en comparación con los varones por encima de los 50 años de edad, esto podría deberse al incremento de mortalidad en los hombres obesos a medida que avanza la edad (Hales, Yudofsky y Talbot, 2001). En un estudio realizado por Royo, et al (en Henderson, 199) con mujeres y hombres españoles de edad avanzada encontraron que las mujeres tendían a ser más obesas que los hombres, sin embargo la obesidad tendía a disminuir a medida que avanzaba la edad. Se estima que el 19.9 % de hombres padecen obesidad mientras que el 24.9% se trata de mujeres. Haciendo el cálculo de las tendencias desde los pasados treinta años, sugieren que casi en su totalidad la población de los Estados Unidos puede llegar a ser obeso en el año 2030 si estas tendencias persisten (Carpenter, Hasin, Allison y Faith, 2000). Más de la mitad de la población masculina y femenina estadounidense de 20 años en adelante es gente de sobrepeso y cerca de un cuarto es considerada clínicamente obesa (Wickelgren, 1998).

El paciente obeso es un individuo con alto riesgo de padecer ciertas enfermedades ya que gran variedad de funciones fisiológicas resultan afectadas, la circulación sanguínea puede estar sobrecargada a medida que el peso corporal aumenta. El riesgo de padecer enfermedades coronarias, hipertensión arterial,

osteoartritis e hiperuricemia y gota aumenta moderadamente y es notorio el riesgo de padecer enfermedades como: diabetes mellitus tipo II, enfermedades de la vesícula biliar, dislipidemias, resistencia a la insulina, síndrome de hipoventilación, y síndrome de apnea del sueño (Braguinsky, 1996; Devlin y Yanovsky, 2000). Debido a que entre la población femenina prevalece el problema de obesidad, estas son las que tiene más riesgo en la salud. Pirisi (1998) opina que a pesar de que conocen el riesgo que tienen, poca es la preocupación por acudir al médico y realizarse los estudios pertinentes y con la frecuencia que deberían, esto se confirma en un estudio realizado con 6981 mujeres estadounidenses de 18 años en adelante en las que se evaluó el número de visitas al médico y las exploraciones que tuvieron durante un año. En ese estudio el incremento del índice de masa corporal se relacionó con barreras a servicios médicos y de cuidados preventivos, tales como examen de cáncer de mama y revisión ginecológica. Quizá estos obstáculos se deban a que las mujeres obesas se sienten incómodas por tener que desvestirse, o porque sus cuerpos sean tocados.

La obesidad se ha asociado con varios tipos de cáncer, los hombres obesos tienen una elevada tasa de cáncer prostático y colorrectal y las mujeres obesas tienen mayores porcentajes de cáncer en vesícula biliar, mama, cérvix, endometrio, útero y ovario (Dwyer, en Chapman y Hall, 1994; Hales y et al. 2001); suelen presentarse anomalías en las hormonas sexuales, síndrome de ovarios poliquísticos, fertilidad disminuida, aumento de las anomalías fetales por obesidad materna, dolor lumbar e incremento de riesgo en la anestesia.

Existen diversos métodos para diagnosticar la obesidad, entre los más comunes se encuentra el índice de masa corporal (IMC de aquí en adelante); éste se obtiene dividiendo el peso (kg) entre la talla (m) elevada al cuadrado; una vez obtenido el valor se consulta la tabla para definir la situación ponderal del individuo (Gómez Pérez-Mitré, 1995; F. Delpeuch, 2002). (tabla 1)

Tabla 1. Índice de Masa Corporal

IMC	Clasificación De la OMS	Exceso de peso en Kg promedio	Descripción
< 18.5	Bajo peso	-10.0	Delgadez
18.5 a 24.9	Peso normal	0.0	Peso saludable
25.0 a 29.9	Sobrepeso grado 1	10.0	Sobrepeso
30.0 a 39.9	Sobrepeso grado 2	20.0	Obesidad o sobrepeso
> 40.0	Obesidad mórbida	30 o más	Obesidad Mórbida

El cálculo del porcentaje de grasa corporal es otro método para diagnosticar obesidad, para ello se necesita de la fórmula propuesta por Daurenberg:

$$1.1(\text{IMC}) + 0.23 (\text{edad})$$

$$10.8 (\text{sexo}) - 5.4$$

En la variable sexo se considera un valor de cero para el femenino y uno para el sexo masculino; esto se debe a que las mujeres poseen un 10% más de tejido graso que los hombres. Se considera obesidad al valor del porcentaje de grasa superior al 25% en varones y al 30% en mujeres. Existen otros métodos para determinar la existencia de obesidad como son: el cálculo de la circunferencia de la cintura, índice de cintura-cadera y pliegues cutáneos. Una persona puede ser considerada con obesidad riesgosa si la circunferencia de la cintura supera los 100 cm. Cuando el valor de la medida está por debajo de lo establecido anteriormente es prudente calcular el índice cintura- cadera. Este se calcula dividiendo la circunferencia de la cintura (cm) entre circunferencia de cadera (cm). Los valores normales no deben superar el 0.80 en mujeres y 0.95 en hombres (De Girolami, en Braguinsky, 1996).

9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 DEFINICIÓN.

Como ya señalé en párrafos anteriores, en nuestro país el Diario Oficial de la Federación difundió una definición de obesidad. López, Mancilla y Álvarez (1998) plantean que no hay una sola definición del concepto de obesidad, las que existen surgen de las teorías que intentan explicar el fenómeno de la obesidad; por ejemplo, la teoría energética, neuroquímica, la genética, la endócrina y las psicológicas. Bourges en 1987 (López, et al. 1998) plantea que la obesidad es un exceso de tejido adiposo asociado a múltiples enfermedades, producto de un balance energético mayor al óptimo y que puede provenir de diversos factores: bioquímicos, genéticos, psicológicos, sociales y culturales. Stunkard (1986) define la obesidad como un desorden caracterizado por una excesiva acumulación de masa corporal; un peso mayor al 20% que el establecido en las tablas estandarizadas de talla y peso indica obesidad.

Gómez Pérez-Mitre (1995) define la obesidad teórica y operacionalmente como un exceso de grasa o de tejido adiposo determinado por un índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 27 en la población femenina y mayor al 28 en la población masculina.

Otra forma de conceptualizar la obesidad es a través del estimado normal del porcentaje de grasa. En los varones de 18 años se considera normal entre el 15 al 18 % de tejido graso del peso corporal; y del 20 al 25 % en las mujeres. Los porcentajes por arriba del 25% para hombres y del 30% para mujeres se consideran obesidad. Esta determinación de la obesidad, aunque más compleja en su obtención, se considera más fidedigna pues, por ejemplo: un atleta puede tener un IMC por arriba de lo normal a expensas de masa muscular. Relacionado con lo citado anteriormente se define obesidad como, un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal frecuentemente acompañado de aumento de peso (Girolami en Braquinsky, 1996).

1.3 CLASIFICACIÓN.

La clasificación de la obesidad se realiza en función de diversos aspectos:

Según los rasgos morfológicos del tejido adiposo en hipertrófica la cual se presenta en la edad adulta y se caracteriza por el aumento del tejido lipídico o adiposo en las células sin aumentar el número de las mismas. La obesidad hiperplásica que se presenta por el aumento de la cantidad de células adiposas (Saldaña y Rosell, 1987).

Según la distribución del tejido adiposo la obesidad se clasifica en (Braguinsky, 1996):

Tipo I Difusa. Se caracteriza por un aumento generalizado del tejido adiposo sin localización preferente en una área del cuerpo en particular.

Tipo II Central o androide. Esta posee un exceso de adiposidad subcutánea en la región troncoabdominal.

Tipo III Abdominovisceral. Consiste en un exceso de grasa en la zona abdominal, principalmente en el compartimento visceral.

Tipo IV Femoroglútea o ginoide. Presenta exceso de grasa en la zona gluteofemoral

Desde el punto de vista psicopatológico, en el DSM IV no se ha incluido por no encontrar una relación consistente con síndromes psicológicos y conductuales; en este manual solo existe un apartado para los Trastornos de la conducta alimentaria, en los que se incluye la anorexia nerviosa y la bulimia.

Cormillot y Zukerfeld (www.salud_mental, 2001) proponen que se deben diferenciar los diversos tipos de obesidad, entre ellos los que incluyen Trastornos de la Alimentación (TDA) como: el Trastorno por Atracones (Binge Eating Disorder, BED), Síndrome de Atracones Nocturnos (Night Eating Syndrome, NES) y Bulimia; esta clasificación sugiere que se haga otro diagnóstico en el eje I del DSM IV. Estos autores plantean otro grupo de obesidades sin BED donde se pueden llegar a diagnosticar distintos cuadros patológicos, que a veces no son contemplados que pueden preceder, ser comórbidos o consecuencias de la obesidad y diagnosticarse en el eje I o eje II del DSM IV. Finalmente proponen otro tipo de obesidades sin

trastorno de la alimentación y sin que se diagnostique en ellas alteraciones psicopatológicas definidas. Aquí se encuentran hábitos alimenticios anormales o inadecuados que pueden ir del picoteo a la hiperfagia y variantes de sedentarismo, estos trastornos encontrarían en la propuesta psicoeducacional adecuada su mejoría.

Dado que hay diversos factores que contribuyen al padecimiento de la obesidad, se plantea otra clasificación, la cual consiste en obesidad endógena y obesidad exógena. La primera es causada por síndromes endocrinológicos como el hipotiroidismo, enfermedad de Cushing (hiperadrenocortisolismo) e insulinoma y por discretos síndromes genético-neurológicos, en los que se incluyen el de Praeder Willi, de Frohlich, Lawrence-Mood-Biedl, Klein-Levin y síndrome de Mauriac. Sin embargo estas causas orgánicas de obesidad frecuentemente son encontradas como etiología de la obesidad en la infancia (Flier en Harrison, 2002). En cuanto a la obesidad exógena es causada por factores ya sea familiares, psicógenos, consumos excesivo de calorías o mixtos (Woolston, 1987).

1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Las tres principales entidades en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria son: bulimia, anorexia y obesidad, esta última no aparece en la clasificación del DSM-IV por la falta de asociación con síndromes psicológicos y conductuales. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se encuentra como enfermedad médica. Gómez Pérez-Mitré (1993) considera que el común denominador entre estas tres entidades es el balance calórico, es decir, la relación ingreso gasto-calórico. Según Fairburn y Garner (en Gómez Pérez-Mitré, 1993) señalan que el diagnóstico de bulimia nerviosa es válido también para la anorexia ya que además de presentar distorsión de la imagen corporal, se presentan accesos bulímicos y técnicas de purga; agregan que la bulimia, anorexia y obesidad comparten aspectos cognoscitivos y conductuales como la forma de comer, insatisfacción con la imagen corporal, y seguimiento periódico de dietas

restrictivas. Desde esta perspectiva la conducta alimentaria podría verse como un continuo bipolar en donde el obeso sin accesos bulímicos puntuaría bajo en la escala, el obeso con accesos bulímicos más alto, el bulímico más alto que el anterior y el anoréxico en el otro extremo.

De acuerdo con la clasificación del DSM-IV las características importantes de la anorexia nerviosa son el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado para la edad y talla, miedo intenso por ganar peso y alteración de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo, percepción subjetiva de gordura y en las mujeres presencia de problemas de amenorrea. Se establecen dos subtipos, la restrictiva en la cual la pérdida de peso se consigue realizando dietas, ayunos o ejercicio intenso. En los episodios de anorexia nerviosa no se recurre a atracones ni purgas. El segundo subtipo es compulsivo/ restrictivo, la persona recurre regularmente a atracones o purgas.

En cuanto a la Bulimia Nerviosa se caracteriza, según lo señalado en el DSM-IV, por la presencia de atracones recurrentes, es decir, ingesta de grandes cantidades de alimento en un corto espacio de tiempo, sensación de pérdida de control, conductas compensatorias inapropiadas como, vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos. Las personas con este trastorno se encuentran normalmente dentro del peso considerado normal, sin embargo, algunos presentan desviaciones por debajo o por encima de la normalidad; el trastorno puede presentarse en personas con obesidad moderada y mórbida.

Las personas que entran a programas de reducción de peso experimentan problemas de Trastornos de la alimentación, consumen grandes cantidades de comida en cortos períodos de tiempo. A diferencia de las personas que padecen bulimia nerviosa, quienes compensan los atracones vomitando o usando laxantes, los obesos con trastornos de la alimentación no se purgan. Las purgas o las conductas compensatorias permiten, a la persona con bulimia nerviosa, un peso relativamente normal, mientras que para los obesos la ausencia de estas conductas contribuyen a la ganancia de peso. (Gary y Wadden en Chapman y Hall, 1994).

1.5 ETIOLOGÍA.

La obesidad lejos de ser un problema estético debe considerarse como un problema de salud que tiene su origen en diversas causas ya sea genéticas, fisiológicas, psicológicas y sociales.

1.5.1 FACTORES GENÉTICOS.

La presencia de obesidad en familias, debido a la influencia de factores genéticos, es una observación añeja. Los gemelos idénticos suelen mantener pesos con una diferencia de un kilogramo entre sí a lo largo de toda la vida, en condiciones similares o de 2.5Kg de diferencia en condiciones de vida muy diferentes. Esto se debe en parte a los hábitos adquiridos durante la infancia, pero se cree que ésta estrecha similitud entre los gemelos tiene un origen genético. (Guyton y Hall, 1996). El primer estudio que intentó distinguir las bases genéticas de la obesidad se realizó por Davenport en 1970, hoy sólo se estima que, en lo referente a la epidemiología genética de la masa corporal y la masa grasa (Braguinsky, 1996):

- Se observa una tendencia en el grado de heredabilidad.
- Las estimaciones de estudios en gemelos monocigotos es alta.
- De manera epidemiológica se estima que del 25 al 30% de casos ocurre en familias de peso normal.
- En familias con padres obesos se tiene un riesgo 2 o 3 veces mayor de tener un hijo obeso.
- Los individuos obesos tienden a ser más pesados que la generación anterior.
- La prevalencia de obesos es claramente mayor por generaciones.

Se ha planteado que la genética juega un papel importante en el desarrollo de la obesidad, tal descubrimiento permite plantearse la pregunta de qué es lo que los tratamientos genéticos pueden ofrecer para el control de peso. Las reacciones

químicas involucradas en la formación y el metabolismo de la grasa son gobernadas por enzimas y cada enzima es una proteína codificada por un gen. Un defecto en la secuencia de ADN hace que el gen provoque que el cuerpo produzca enzimas defectuosas, las cuales pueden afectar el proceso metabólico causando obesidad u otros problemas.

Estudios de genes candidatos indican que muchos de ellos, que están asociados con la obesidad de igual manera, controlan funciones importantes del tejido adiposo, variaciones estructurales en estos genes pueden alterar las funciones del tejido adiposo promoviendo el problema de obesidad. Se ha identificado el gen que sintetiza la Leptina, mediador químico de acción en el hipotálamo y otros núcleos cerebrales relacionado con la fisiopatología de la obesidad, denominado "ob", hay ratones que tienen defectuosos este gen y que no sintetizan esta hormona ni presentan saciedad después de ingerir alimentos desarrollando así obesidad y diabetes; también se ha encontrado el gen que produce los receptores para la leptina, denominado "db", observándose que los ratones que lo tienen defectuoso no producen tales receptores y también son obesos, pero presentan un aumento en los niveles de leptina. Los genes que se han relacionado tanto en las funciones del tejido adiposo y obesidad son: hormona lipídica sensitiva, adrenoreceptores beta 2 y beta 3, tumor necrosis factor alfa, receptor lipoproteínico de baja densidad, proteína-1 desacoplada y receptor gama-2. Algunos genes son especialmente importantes en la obesidad de las mujeres como por ejemplo adrenoreceptores beta 2 y beta 3, receptor lipoproteínico de baja densidad y factor alfa. Genes en interacción con otros genes promueven obesidad, entre estos se encuentran beta3 adrenoreceptor y proteína-1 desacoplada, o la interacción entre gen y medio ambiente, como por ejemplo beta2 adrenoreceptor y actividad física (Martínez, Navarro y García. 2001).

En los últimos tres años se han identificado cinco casos de defectos monogénicos causantes de obesidad diferenciados como mutaciones en codificaciones de genes y son los de la: proopiomelanocortina (POMC), receptor de la melanocortina-4(MC4R), protohormona convertasa y el antes mencionado de receptor a la leptina; en esta clase de síndromes, la hiperfagia resulta de

disfunciones en los vías hipotalámicas encargadas del control de la saciedad. Los defectos genéticos en esta clase de moléculas son responsables de solo una parte de la aparición de obesidad humana; si se obtuviera más información detallada sobre los mecanismos moleculares involucrados en el control del apetito se comprobaría la influencia de otros genes candidatos como causantes de obesidad, una de estas moléculas es el factor de transcripción regulado por cocaína y anfetamina (CART), un neuropéptido hipotalámico descubierto recientemente (Martínez et al. 2001).

1.5.2 FACTORES FISIOLÓGICOS.

Desde la perspectiva fisiológica la obesidad se debe a que en el cuerpo entran cantidades de energía (en forma de alimento) mayores de las que se gastan. Por cada 9.3 calorías de exceso de energía que entran en el organismo se almacena un gramo de grasa. Como cualquier otra entidad natural, el cuerpo humano obedece leyes físicas, esto se representa por los principios termodinámicos, acorde con esto, la energía no se crea ni se destruye solo se transforma. Por lo tanto todo el exceso de energía que entra necesariamente modifica la energía interna del sistema y es retransformada en energía de potencial químico. Cuando nuestro principal almacén de energía es grasa, es mayor el consumo de energía que el gasto de la misma y esto causa inevitablemente incremento en el tejido adiposo acompañado siempre de incremento de masa corporal magra y por lo tanto incremento en el peso corporal, es decir, que a un determinado consumo de energía le corresponde un peso corporal y este es el que produce un gasto de energía igual al consumo de la misma (Scopinaro, 2000). Se entiende por masa grasa a los lípidos del organismo que se encuentran presentes en las células, fluidos corporales y principalmente en el tejido adiposo en el que se acumulan los triglicéridos. Masa magra se define como la diferencia entre la masa corporal total y la masa grasa (Gómez- Pérez Mitré, 1995).

La obesidad suele estar causada por una alteración en el mecanismo regulador de la ingestión de alimento, este se divide en dos: regulación de la energía o

regulación a largo plazo y regulación alimentaria o regulación a corto plazo. De acuerdo con la regulación a largo plazo los mecanismos de control de la ingestión de alimento está relacionado con el estado nutricional del cuerpo; algunos factores nutricionales que controlan el grado de actividad del centro del hambre son los efectos de las concentraciones de glucosa, aminoácidos y lípidos. Cuando la disponibilidad de cualquiera de los tres tipos principales de alimento disminuye, la ingestión de alimento aumenta. Otro factor que influye en la ingestión de alimento es la temperatura; un organismo expuesto al frío tiende a comer en exceso, cuando se expone al calor tiende a comer menos. La ingestión de alimento en temperaturas bajas aumenta la tasa metabólica y proporciona más grasa para el aislamiento lo que en ambos casos tiende a corregir el estado de enfriamiento.

En cuanto a la regulación a corto plazo está el llenado gastrointestinal, cuando el tubo digestivo se distiende, especialmente el estómago y el duodeno, se transmiten señales inhibitoras de estiramiento a través del nervio vago, para suprimir el centro del hambre, reduciendo así el deseo de comer. También se encuentran los factores humorales y hormonales que suprimen la ingestión de alimento; la hormona gastrointestinal colecistocinina, que se libera en respuesta a la grasa que entra en el duodeno, produce efectos sobre la ingestión para reducir una ingestión adicional. La presencia de alimento en el estómago y en el duodeno hace que el páncreas secrete cantidades significativas de glucagon e insulina que suprimen las señales neurógenas de ingestión de alimento procedentes del cerebro. Por último, la medida de alimento suele estar controlada por receptores orales, es decir, que la masticación, salivación, deglución y el sabor miden el alimento a medida que pasa a través de la boca y después de pasar cierta cantidad el centro hipotalámico del hambre se inhibe. La inhibición producida por este mecanismo es menos intensa y menos duradera, habitualmente sólo de 20 a 40 minutos, que la inhibición producida por el llenado gastrointestinal (Guyton y Hall; 1996).

Se proponen centros neurales de regulación de la ingesta de alimento, como por ejemplo a los núcleos laterales del hipotálamo se les etiqueta como centros del hambre y a los núcleos ventromediales como centro de la saciedad; lesiones en

estas dos áreas provoca resultados opuestos a la alimentación, es decir, que las lesiones ventromediales provocan una alimentación voraz y continuada, mientras que las lesiones en los núcleos laterales de los dos lados del hipotálamo provocan falta de apetito. Otros centros que intervienen en la alimentación son los núcleos paraventriculares, si estos se lesionan provoca ingesta excesiva de alimentos y de forma específica la ingesta excesiva de hidratos de carbono. Las lesiones o la estimulación de áreas del tronco encefálico inferior, como el área postrema, núcleo medial caudal del haz solitario o el nervio vago puede afectar al grado de ingesta de alimento. Centros superiores al hipotálamo también desempeñan papeles importantes en el control de la ingestión de alimento, en particular en el control del apetito. Estos centros son la amígdala y la corteza prefrontal, que están estrechamente relacionados con el hipotálamo. Las lesiones de la amígdala han demostrado que algunas de sus áreas aumentan la ingestión de alimento, mientras que otras la inhiben; la estimulación de algunas áreas de la amígdala desencadena el acto mecánico de ingerir alimento (Guyton y Hall; 1996).

Como podemos darnos cuenta existen diferentes señales que intervienen en el control de la ingesta de alimentos, ampliando un poco más los conceptos sobre las señales químicas que detecta el hipotálamo, se hablará de las proteínas que actúan como hormonas o neurotransmisores. Las proteínas son sustancias constituidas por aminoácidos y las hormonas son proteínas especiales producidas por neuronas del hipotálamo o en determinadas células de una glándula, que son vertidas y transportadas por la circulación sanguínea y producen efectos específicos de activación o regulación en otros órganos por medio de receptores. Los neurotransmisores son sustancias que producen las neuronas y son capaces de alterar el funcionamiento de otra célula de manera corta o durable, mediante la ocupación de receptores específicos. Las hormonas y los neurotransmisores involucrados en la regulación de la ingesta de alimentos incluyen: leptina, neuropéptido Y, orexinas/hipocretinas, factor de transcripción regulado por cocaína y anfetamina (CART), serotonina e histamina (Martínez et al. 2001).

- ♦ **Leptina.**- La leptina, término derivado de la raíz griega *leptos* que significa delgado, es una hormona secretada por las células del tejido adiposo o

adipocitos, la cual actúa sobre el hipotálamo induciendo la disminución en la ingesta de alimento y el incremento del gasto energético, por lo cual es esencial para el balance del peso corporal. Los receptores a leptina se encuentran en núcleos del hipotálamo como el núcleo arcuato y los ya mencionadas paraventricular y dorsomedial, así como en el hipotálamo lateral. La mayoría de las neuronas que poseen receptores de leptina sintetizan dos proteínas muy pequeñas a las cuales se les llama neuropéptidos Y y CART. La acción de la leptina es regulada por una serie de mediadores químicos que son importantes para la ingesta de alimentos y la abundancia de sus receptores en hipotálamo sugiere una íntima relación con la regulación de la ingesta. Otro dato interesante es que los valores de leptina se hallan en proporción de los adipocitos (células encargadas de almacenar grasa), por lo tanto, las mujeres presentan valores más elevados de leptinas que los hombres porque proporcionalmente tienen más grasa. Para encontrar aproximaciones terapéuticas a la obesidad es necesario realizar más estudios, a fin de revelar el mecanismo exacto por el cual la leptina hace que el sujeto baje de peso y conocer el papel que desempeña en la fisiopatología de la obesidad.

- ◆ **Neuropéptido Y (NPY).**- El NPY, es producido en el núcleo arcuato del hipotálamo, estimula el consumo de alimento, por medio de la activación directa de receptores e indirectamente liberando neuropéptidos orexigénicos (que estimulan el apetito), galanina y β -endorfina en el núcleo paraventricular y sitios neurales vecinos y también se han realizado estudios que indican que la administración de leptina reduce la producción de NPY.
- ◆ **Orexinas/ hipocretinas.**- Éstas son una familia de neuropéptidos importantes para mediar el consumo de alimentos, aumentando su ingesta. Se producen en neuronas situadas en el hipotálamo lateral y reciben fibras terminales que contienen NPY, además de receptores para leptina. Las orexinas fueron originalmente descritas como moléculas que regulan la ingesta, sin embargo, recientemente se ha observado que también regulan la expresión del sueño, por ejemplo, algunos animales como perros y ratones, en los que se presenta una enfermedad que también aqueja a los humanos llamada narcolepsia, tienen uno

de los receptores para la orexina anormal y ello sugiere que quizá el humano también sufra anomalías en este receptor.

- **Factor de transcripción regulado por cocaína y anfetamina (CART).**- Éste es un neuropéptido que funciona como neurotransmisor. Se ha localizado particularmente abundante en el hipotálamo, incluyendo los núcleos paraventricular y arcuato, la capa externa de la eminencia media del lóbulo posterior de la hipófisis y los grupos celulares de la hipófisis anterior. Parece tener un papel importante en una variedad de procesos fisiológicos orientados al mantenimiento de la homeostasis, por ejemplo la alimentación, el balance de líquidos corporales, los procesos metabólicos, la conducta sexual, el control endocrino, los mecanismos inmunológicos, la regulación autonómica, la respuesta al estrés y sobretodo el reforzamiento y la recompensa. Su nombre se debe a que originalmente se encontraron elevados los niveles de su ARN mensajero, en una estructura del cerebro de la rata llamada estriado, después de la administración de cocaína y anfetamina, y debido a que se ha encontrado en zonas involucradas en la regulación de la ingesta de alimentos se le ha relacionado con esta función. Existen estudios que indican que la administración de fragmentos de CART al cerebro de las ratas inhibe la alimentación, mientras que la neutralización del CART aumenta la ingesta, además el CART también inhibe el consumo de alimento provocado por NPY (Martínez et al. 2001).

1.5.3 FACTORES PSICOLÓGICOS.

Los estudios con pacientes obesos muestran que una gran proporción de la obesidad es el resultado de factores psicógenos, entre lo más frecuentes se encuentra el de los hábitos alimenticios, estos deben de ser saludables, es decir, tres comidas al día y cada comida debe dejarlos llenos (Guyton y Hall, 1996). Los obesos se caracterizan por poseer estilos de comer inadecuados como: consumir alimentos aceleradamente, lo que origina que el mensaje de saciedad lo reciban tardíamente, después de que han ingerido una gran cantidad de alimento. El

consumo de alimento lo basan en estímulos externos, esta teoría surgió desde 1970, y explica que la sobrealimentación en los obesos se debe a que ellos son más sensibles a las causas externas incluyendo hora, lugar, señales y olores asociados con comida (Gary et al. en Chapman y Hall, 1994); poseen ideas irracionales sobre la obesidad y tratamientos como por ejemplo, estar gordo es signo de buena salud (Saldaña y García, 1985 citado por López, 1998). Según Mahoney y Stuart (en López et al. 1998) los obesos tienen las siguientes pautas de comportamiento relacionadas con el alimento: 1) consumo de alimentos con alto nivel energético por las noches, 2) abuso en el consumo de hidratos de carbono, 3) ingieren raciones mayores, 4) estados emocionales influyen que en el consumo exagerado, 5) escaso o nulo ejercicio físico, 6) prefieren los sabores dulces, 7) consumo entre comidas, 8) tasa de ingesta elevada, es decir, mayor número de bocados por unidad de tiempo, 9) duermen la siesta después de comer o ven la TV después de cenar y 10) llevan consigo un paquete de dulces. En un estudio realizado por Ocampo, Mancilla y López (1996) cuyo objetivo fue el de encontrar la relación entre la autoselección dietaria, la magnitud y distribución de la grasa corporal subcutánea en 32 mujeres obesas y normopeso, así como también su respuesta ante algunas situaciones ambientales, encontraron que en el grupo de las mujeres con normopeso acostumbraban comer cuando tenían hambre, mientras que el grupo de las obesas comía bajo diferentes situaciones, ya sea acompañadas, solas, cuando se sentían aburridas o nerviosas; este grupo parece ser más sensible a los estímulos. Concluyeron que la cantidad y calidad de alimento o naturaleza del alimento ingerido está en relación directa con el grado de acumulación y distribución de la masa corporal y que las preferencias dietarias son uno más de los factores asociados a la sobrecarga ponderal.

En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitre y Ávila (1998) con el propósito de explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad en adolescentes mujeres y hombres, y para lo cual aplicaron la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA), exploraron conductas alimentarias normales y anómalas; la escala para mujeres está compuesta por 9 factores y para hombres es de 8 factores. La muestra estuvo compuesta por 222 sujetos: 124

hombres y 98 mujeres, se formaron cuatro grupos integrados por aquellos de peso por abajo del normal, peso normal, sobrepeso y obesidad. Algunos de los factores son: conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria normal, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restrictiva, atribución de control alimentario interno, externo y dieta hipocalórica. Los resultados mostraron que los grupos cuyo peso se encuentra fuera de lo normal, ya sea por debajo y por arriba de lo normal, presentan más conductas alimentarias anómalas. La variable obesidad está estrechamente relacionada con conducta alimentaria compulsiva, conductas dietarias crónicas restrictivas e hipocalóricas. La preocupación por el peso y la comida se incrementa a medida que aumenta el peso.

Además de las pautas de conducta alimentaria otro factor que se ha asociado a la obesidad es el psicopatológico. Las personas a menudo ganan grandes cantidades de peso durante o después de situaciones estresantes, como la muerte de un familiar, una enfermedad grave o incluso una depresión. Parece que el comer es con frecuencia un medio para liberar tensión psíquica (López et al. 1998).

Kahn en 1973, (en Woolston, 1987) realizó un trabajo con 73 niños obesos menores de tres años de edad encontró que el 32% de los niños mostraron un sorpresivo aumento de peso asociado con una importante y traumática separación de sus cuidadores primarios. Este reporte sugiere un síndrome discreto que consiste en la disrupción separación-individuación, el cual resulta en el establecimiento sorpresivo de obesidad; un ejemplo de este síndrome es el caso citado por este mismo autor. Se trata de un niño de 3 años de edad que aumentó 9.1 kilogramos en dos meses, al cumplir cuatro años su peso era de 43 kilogramos. Su madre refiere que el problema de peso comenzó después de haberse separado dos meses de él. Dos sesiones de psicoterapia a la semana comenzaron a mejorar su estado de ánimo y el peso fue disminuyendo; en terapia el niño tuvo la oportunidad de describir el trauma que desencadenó su desorden alimenticio, más que el abuso sufrido en casa de su tío, fue la separación de su madre lo más desconcertante para él.

Bruch (1969) plantea que el problema de las personas obesas está relacionado a la falta de capacidad para reconocer entre estar realmente satisfechos y la

saciedad. Esta autora parte de la tesis de que la conciencia de hambre no es un saber biológico innato y que el aprendizaje es indispensable para que esta necesidad biológica se organice en patrones reconocibles. El modelo de interacción madre-hijo juega un papel importante en este aprendizaje; cuando una madre ofrece comida en respuesta a signos que indican necesidad nutricia, el niño instalará gradualmente el mensaje de hambre como una sensación distinta de otras tensiones o necesidades. Por otro lado si la reacción de la madre es continuamente inapropiada, es decir, descuidada, inhibida o permisiva el resultado es que el niño estará perplejamente confundido; cuando este niño crece no es capaz de distinguir entre estar hambriento o estar bajo cualquier otro estado de displacer. Aun más confuso para el niño son las acciones de una madre que está constantemente preocupada por ella misma, cualquier cosa que el niño haga es interpretado como expresión de algo relacionado con la madre. En esta clase de escenario el neonato se equipara con el criticismo en la madre, y comer como expresión de felicidad y amor.

Alperovich (1988) en su experiencia con pacientes obesos observó que hay tres factores que conducen al problema de la obesidad: el énfasis oral precoz y habitual con otorgamiento de comidas engordantes, el aprisionamiento y la represión genital que los padres marcan en el hijo. El exceso de la grasa puede verse como un símbolo de la presión materna en la que el obeso fue y sigue siendo atrapado. En una investigación realizada por Rand (en Wolman, 1982) con pacientes obesos, que recibieron tratamiento psicoanalítico, reportaban que la comida jugaba un papel dinámico importante en la relación madre-hijo, así como también en la mayoría de ellos el aumento de peso estaba asociado con experiencias emocionales negativas como pérdidas, separación y rechazos.

1.5.4 FACTORES SOCIOCULTURALES.

En la obesidad los factores socioculturales también tienen un papel importante, aquí la industrialización ha influido en el consumo desproporcionado de alimentos en cuanto a las necesidades de los individuos, esto se debe tanto a la cantidad de

alimento como a la calidad de los mismos; parece ser que los cambios que ocurren en relación a los hábitos alimenticios incluyen un incremento en el consumo de vegetales grasos, cambios en el consumo de granos por aquellos más refinados y una diversidad de dieta que incluye más carnes y huevo. Además de estos cambios también se encuentran los de la actividad física, la mecanización del mundo conduce a un mayor sedentarismo.

Rozin (2000) realizó un estudio con población americana y francesa para comprobar que la cultura es un factor determinante para el desarrollo de la obesidad. Encontró que la dieta contribuye al estado de salud pero también la genética, estilos de vida, cuidados médicos, ambiente y otros factores. La población americana posee mayor preocupación por las enfermedades cardiovasculares, paradójicamente la tasa de enfermedades coronarias se encuentra 30% elevada, en comparación con la población francesa, a pesar de que ésta ingiere alimentos con alto contenido calórico, mayores cantidades de grasa, etc. Para comprobar que el factor cultural influye en los hábitos alimenticios Kaiser (2001) realizó un estudio con madres mexicanas-americanas de bajo y alto nivel cultural, encontrando que las madres con bajo nivel cultural tendían a ofrecer alternativas de alimentación con mayor frecuencia cuando sus hijos se rehusaban a comer; las madres con mayor nivel cultural descartaban los sobornos, amenazas y castigos como estrategias efectivas y tendían a dar vitaminas a sus hijos más que las madres con bajo nivel cultural. El único camino para una dieta efectiva es el cambio de nuestros patrones de comida de por vida; los nutriólogos y médicos pocas veces se ponen a pensar en que ellos están abogando por una revolución cultural, lo que desean es que se abandone toda la panoplia del comer culturalmente heredado es decir la cocina tradicional, es muy difícil que la gente se convierta en vegetariana, cocine solamente con alimentos orgánicos o reduzca el consumo de carbohidratos por el resto de su vida. (Popkin y Colleen, 1998).

1.6 OBESIDAD EN NIÑOS.

Se ha considerado pertinente abrir un apartado sobre los aspectos más generales del problema de la obesidad en la infancia. Por una parte investigadores nacionales, como la Dra. Yamamoto (en Olvera, 2002), de la Fac. de Medicina de la UNAM, consideran que la obesidad en la niñez y la adolescencia es un problema creciente tanto en nuestro país como en el resto del mundo y refiere que los índices nacionales están cercanos a los internacionales, entre 13 a 18% contra 10 y 20%. También el Dr. Fanghänel (M. Gómez, 2001), Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital General de México, menciona que en la última década la incidencia de este padecimiento en los menores de seis años pasó de 5 a 10% y en el rango de diez a catorce años el aumento fue de 8 a 14%. Agrega que la ganancia de peso entre la población infantil se debe al excesivo consumo de carbohidratos refinados como pasteles, refrescos, golosinas y frituras envasadas, así como también al sedentarismo lo cual es fomentado por la medios electrónicos como la televisión. Otros datos, como los de la investigación realizada por Hernández, Gortmaker, Colditz, Peterson, Laird y Para-Cabrera (1999) confirman que existe alta relación entre la prevalencia de obesidad en niños mexicanos, la actividad física y los programas de televisión.

Ver la televisión parece ser un factor importante como causa de obesidad, no solo porque disminuye la actividad física sino que incrementa la ingesta de energía. Los niños parecen proclives a consumir alimentos altamente energéticos mientras ven televisión. El estudio de Tros et al. (en Ebbeling, Pawlak y Ludwig, 2002) sugiere que los niños obesos de Carolina del sur, pasan menos tiempo en actividades moderadas y vigorosas en comparación con sus compañeros no obesos.

Las bebidas gasificadas y edulcoradas ("refrescos") han sido tema de varios estudios en parte por el rápido incremento en su tasa de consumo en niños. Los resultados del estudio elaborado por Harnack, Stang y Story (1999 en Ebbeling et al. 2002) mostraron que el total del consumo de energía fue cerca del 10% mayor entre los niños de edad escolar que bebían "refrescos" en comparación con

aquellos que no lo hacían. Los "refrescos" pueden promover la ingesta de energía y una excesiva ganancia de peso debido a sus altas concentraciones de glucosa o porque la compensación del consumo de calorías a través de líquidos es menor que en alimentos sólidos (Ludwig y Ebbeling, 2001 en Ebbeling et al. 2002).

La importancia de pensar la obesidad en niños es que, aunque ésta puede no presentar sintomatología, a menos que sea muy franca, el daño que desencadena está asociado a una mortalidad más alta durante la edad adulta. Sin embargo, LeBow (1986) refiere que es difícil determinar el grado de obesidad debido al carácter pronunciado de la variabilidad entre los niños en crecimiento.

Las consideraciones sobre la importancia de la obesidad infantil tienen que ver con que, la obesidad que empieza en la infancia es más grave que la que se hace evidente en la edad adulta, pues esta última se hace sólo a expensas del aumento de contenido graso y volumen celular y no del número de células del tejido adiposo como sucede con los niños (Alperovich, 1988; Saldaña y Rosell, 1987).

Muchas de las complicaciones de la obesidad en el adulto se reportan en los niños, pero como consecuencias tempranas se han encontrado las gastrointestinales, del tipo cálculos biliares, esteatosis hepática; neurológicas como incremento de la presión intracraneal y síndromes de pseudotumor cerebral; ortopédicos como arqueamiento de las piernas y torsión de la tibia; pulmonares como aumento en la incidencia de asma; endocrinológicos como menarca temprana (antes de los 10 años), trastornos menstruales, oligomenorrea, amenorrea y problemas de la piel como acné e hirsutismo. Las consecuencias a mediano plazo se relacionan con la morbilidad del adulto joven, éstas se han encontrado en las enfermedades cardiovasculares, se calcula que los niños y las niñas obesas son más propensos a desarrollar hipertensión arterial como adultos jóvenes que los niños no obesos (Must y Strauss, 1999).

La relación entre nivel socioeconómico y obesidad en niños ha sido explorado desde hace varias décadas (Stunkard et al. 1972; Ginsberg-Fellner et al. 1981 en LeBow 1986) encontrándose una relación entre niveles medio-bajos y un mayor grado de obesidad. Contrariamente, Techumseh, Gran et al. (1981 en LeBow 1986) realizaron el seguimiento de 564 niñas y un número casi equivalente de varones

durante 18 años; ambos sexos revelaron un cambio diferencial de gordura relacionado con el ingreso. Comparando los incrementos de grasa a lo largo del tiempo se encontró que los niveles socioeconómicos bajos tenían problemas de peso y esto no había sido así en la niñez. En nuestro medio, la Dra Yamamoto (en Olvera, 2002) aclaró que los riesgos, para tener problemas de sobrepeso, son diferentes según el estrato socioeconómico. Realizó un estudio con 3000 escolares de planteles públicos y privados de la delegación Coyoacán D.F. comparándolos con la población de El Oro Edo. Mex. Encontró que los niños rurales miden en promedio 10 cm menos que los del medio urbano, y al subir de peso tienen un IMC mayor y tienden a la obesidad más fácilmente.

En cuanto a los aspectos culturales hay un estudio en niños México-americanos que describe el mayor riesgo que tienen de padecer problemas de sobrepeso que los niños negros y blancos no hispanos; además de que hay una alta prevalencia de niños mexicanos americanos obesos con altas probabilidades de ser adultos obesos; así los determinan Suminski, Poston, Jackson y Foreyt (1999) mediante un estudio con niños México-americanos de edades entre los 5 y 11 años, es decir, de kinder a 5 grado escolar. Encontraron mayor prevalencia de obesidad entre las mujeres de cuarto grado; los cinco años de incidencia derivaron de una muestra retrospectiva tanto de mujeres como de hombres, el mayor número de niñas de kinder y primer grado tuvieron problemas de obesidad posteriormente. En cuanto a los niños que llegaron a ser obesos en quinto grado se encuentran los de primero y segundo grado.

Ebbeling et al. (2002) opinan que la epidemia de la obesidad infantil, en los EE.UU., es atribuible a factores ambientales adversos tales como el balance nutricional que presta especial atención en las dietas ricas en grasas, el tiempo que se pasa viendo televisión y la comida enlatada para los niños. Con respecto a la relación socioeconómica con la obesidad estas autores dicen que los países en desarrollo, por una pobreza urbana, son más susceptibles a desarrollar obesidad debido a la dieta pobre y las oportunidades de actividad física limitadas. Controversialmente la obesidad infantil, en países desarrollados, es más frecuente en estratos socioeconómicos altos donde la sobre alimentación y la desnutrición

coexisten, probablemente conduciendo a la adopción incrementada de estilos de vida occidentales.

Las causas de obesidad infantil no difieren de la obesidad adulta y sólo hay que tomar en cuenta una hipótesis, Whitaker y Dietz (en Ebbeling et al 2002), ésta dice que la obesidad materna incrementa la transferencia de nutrientes a través de la placenta, incluyendo cambios permanentes en apetito, funcionamiento neuroendocrino y metabolismo energético. Pero es difícil de diferenciar la carga de compartir un gen materno para la obesidad y las influencias intrauterinas.

COMENTARIOS.

Clasificar un grupo de fenómenos como una enfermedad depende de su influencia sobre la infelicidad y acortamiento de vida en los seres humanos, la obesidad no siempre ha sido considerada como algo dañino para la salud, es hasta fechas recientes en que la asociación con enfermedades graves la ha colocado como una entidad patológica de gran importancia. Sin embargo, todavía no se le considera un trastorno mental. Las grandes clasificaciones de enfermedades no la incluyen como una alteración psicopatológica. Quizá es el gran aumento de número de casos y sus proporciones, lo que más llama la atención. Esto ha permitido el estudio sobre la interacción entre los diversos de factores causales, no pudiéndose determinar cual, entre ellos, sea el que impera.

En la revisión para este trabajo resulta evidente que mientras la obesidad en el adulto esta tomando relevancia como una problema de salud pública, la obesidad infantil apenas empieza a ser tomada en cuenta como un problema a tratar.

Así como es importante conocer los factores etiológicos del problema también lo son los aspectos psicosociales que se revisarán en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2.

ASPECTOS PSICOSOCIALES Y OBESIDAD.

La gran presión que ejerce la sociedad con respecto a lucir cuerpos estéticos conduce a que cada vez más personas se sometan a dietas rigurosas, adquieran productos para bajar de peso como aparatos de gimnasio, pastillas para adelgazar, cremas o que recurran a cirugía plástica, como la liposucción, el método más socorrido, erróneamente, para eliminar la obesidad, ya que no está indicada en este caso, sino únicamente en el moldeamiento de la figura. Sin embargo con todo esto ponen en riesgo su salud, ya que cuando se someten a los tratamientos o métodos de reducción de peso no lo hacen bajo la supervisión de especialistas. La presión social radica en que diariamente los medios publicitarios enfatizan que para estar a la moda se debe ser delgado, por consiguiente las personas obesas son objeto de prejuicios y discriminación, víctimas de esto desde la infancia; un niño con sobrepeso es visto como perezoso, sucio, feo, tramposo y mentiroso. Los adultos obesos se enfrentan con problemas en el área laboral, tienen menos probabilidades de ser contratados, tienen problemas para encontrar pareja y por lo tanto experimentan problemas con la sexualidad. Aparentemente los problemas de psicopatología que actualmente se observan en las personas obesas son a consecuencia de los prejuicios y discriminación de los que son objeto y además del conflicto con la imagen delgada que internalizan como ideal de belleza.

2.1 OBESIDAD: PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA.

La obesidad es un problema que afecta a la población en general, se puede presentar en diferentes épocas de la vida, dando lugar a otro tipo de desórdenes físicos y estos a su vez se encuentran asociados con trastornos de tipo psiquiátricos. En la sociedad tan exigente en la que actualmente nos desenvolvemos, es muy difícil mantener un funcionamiento e imagen positiva. La mayoría de las veces las personas obesas que se interesan por someterse a algún

tipo de tratamiento para reducción de peso lo hacen por los problemas sociales y psicológicos con los que se enfrentan, más que por los problemas de salud, siendo los tres, causas y consecuencias importantes a considerar. Varias investigaciones han asociado el problema de la obesidad con determinadas características de la personalidad como son: dependencia, pasividad, gran necesidad de amor, baja autoestima, falta de conciencia, poca asertividad y descuido en las relaciones interpersonales (Ciliska, 1998; W. R. Corbin y Ch. B. Corbin, 1997; Wadden, Steen, Wingate y Foster, 1996). Sin embargo no existen datos concretos sobre los rasgos de personalidad determinantes entre los obesos, ya que se han encontrado gran variedad de rasgos; como lo muestran los hallazgos de Foster y Wadden (en Chapman y Hall, 1994) con pacientes obesos sociables y miembros productivos de grupos, algunos tímidos y reservados pero contribuyen apropiadamente a la participación en grupo. La diversidad de datos se debe a la heterogeneidad del fenómeno de la obesidad; para algunos individuos puede crear psicopatología grave, problemas leves para otros. La información que sustenta esto dice que, las personas con bulimia presentan mayor patología, que aquellos obesos sin trastornos por atracón (Binge Eating Disorder), sin embargo los obesos con trastornos por atracón resultan tener casi el mismo nivel de patología que las personas con bulimia, el significado de la obesidad dependerá de la estructura de la personalidad; los obesos con "Binge Eating Disorder" tienen menos capacidad de control y se dejan llevar más por los estímulos externos (Molinari y Ragazzoni, 1997).

Holt, Clark y Kreuter (2001) realizaron un estudio para determinar las actitudes relacionadas con el peso y las conductas en población obesa, partiendo de la teoría del aprendizaje social propuesta por Rotter en 1966, que habla sobre el "locus de control." Si un individuo tiene expectativas internas de reforzamiento este cree que puede tener influencia sobre los resultados a través de su conducta; por otro lado un individuo que tiene expectativas externas de reforzamiento cree que los factores externos determinan sus resultados. De acuerdo a esta teoría aquellos que poseen un locus de control interno y valor elevado en los resultados tienen mayor posibilidad de desarrollar una conducta en particular que aquellos

que poseen locus de control externo. Para cubrir el propósito de la investigación los autores aplicaron (Weight Locus of Control Scale WLOC) una escala especializada de locus de control en el dominio particular de una conducta. Encontraron que aquellas personas que se rigen por un locus de control externo encuentran pobre el apoyo y comprensión de la familia y amigos, barreras para realizar ejercicio como que no tenían el equipo necesario, además su problema de obesidad corría a cuenta de la familia; mientras que las personas con locus de control interno atribuían sus problemas de peso a sus hábitos de alimentación así como también a la poca actividad física, confiaban en que podían bajar de peso, estaban motivados y reportaron intentar seguir los consejos que se les dieron.

Según R. Álvarez (1999) la persona obesa vive triste y este estado se disfraza con euforia o comicidad, incluso que esa comicidad está relacionada con él mismo, pero en el fondo es deprimido, confía poco en los demás; la obesidad es la causa de los problemas psicológicos. Algunos autores hablan del conflicto oral de las personas obesas, otros hablan de que la sobrealimentación es una forma de enfrentar la depresión u otros sentimientos negativos. A. Rascovsky, M. Rascovsky y Schlossberg (1950) opinan que la personalidad de los obesos es psicológicamente importante en varios aspectos; por un lado por su notoria relación con la manía que produce su más conocido aspecto físico y además psicológicamente ellos han sido descuidados. Estos mismos autores agregan que en los obesos se pueden notar dos mecanismos: la intensa organización oral del "yo" que lleva a la obesidad primaria, y una obesidad reactiva, es decir, intentan restaurar una situación depresiva básica. La necesidad de satisfacción, característica de los obesos se refiere a una situación actual combinada con una capacidad afectiva adquirida por el yo a través de las identificaciones. Las reacciones maniacas, se basan principalmente en una remarcada situación de melancolía y tiende a una satisfacción que tiene ligero contacto con la realidad exterior; es una sustitución compensatoria de una frustración repetida cuya representación se encuentra en el "super-yo", por lo tanto el "yo" se encuentra a cargo temporalmente de las identificaciones del "super-yo", e incorporar comida se convierte en una identificación con el pecho originalmente fantaseado. Wilson (en Rowlan 1985) en

su artículo titulado "Obesity: Personality Structure and Psychoanalytic Treatment" compara los pacientes obesos con las bulímicas y anoréxicas restrictivas, mientras que en estos dos últimos casos el "yo" evidencia una capacidad de control, que resulta en un excesivo control de impulsos, el "yo" de los obesos falla en esta capacidad, no sólo en los impulsos orales sino impulsos de otra clase y el "super-yo" no es tan perfeccionista y controlador como en el caso de la anorexia. Wilson considera la obesidad como un síntoma complejo que se presenta en diferentes trastornos del carácter como son: histeria, obsesivo-compulsivo, borderline y en algunos casos de psicosis.

Los obesos se mantienen en un nivel de funcionamiento en el cual no muestran razón, ni control, continúan en una primera fase del desarrollo amenazados por ansiedades que tratan de disminuir comiendo; introducen muchos objetos buenos que catalicen los objetos malos previamente introyectados. (González, 1976)

El acto de comer en respuesta a situaciones estresantes es catalogado como una respuestas de etapas primarias, porque las emociones negativas irrumpen en las habilidades normales del control de ingesta de comida (Stunkard, 1990 en Chapman y Hall, 1994). Mintz (1985) en su artículo "The Fear of Being Fat in Normal, Obese Starving and Gorging Individuals" establece que el temor de engordar está presente en los individuos obesos normales o con atracones, explica que este temor consciente de estar gordo puede cubrir la necesidad inconsciente de estar gordo; este temor consciente de estar gordo puede representar un intento inconsciente de resolución de sus conflictos de agresividad, sexuales y de dependencia. La intensidad del temor dependerá en primer lugar de la naturaleza consciente del conflicto contra el que se defiende; así como también de la capacidad de tolerar la ansiedad, la habilidad del "yo" para contener los impulsos y finalmente la cantidad de culpa que el conflicto genere.

Aquellas personas en las que se estableció la obesidad desde la infancia son más propensas de presentar síntomas psicóticos, así como también un elevado estrés psicológico; más que en aquellos que la obesidad se presenta en la edad adulta (Mills, 1995). Pine y Cohen (1997) opinan que la presencia de síntomas de

desorden conductual en adolescentes tanto hombres como mujeres está relacionado con obesidad en etapas tempranas de la edad adulta.

Riobó (2000) plantea que la mitad de los obesos mórbidos padecen patología psiquiátrica como depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, además de ser objeto de discriminación. Con relación a esto Stunkard (1986) opina que: "la obesidad crea una enorme carga psicológica, en términos de sufrimiento, esta carga puede ser el mayor efecto adverso de la obesidad". Opina también que las personas obesas son objeto de prejuicios y de discriminación. Este mismo autor plantea que los obesos sufren dos tipos de disturbios emocionales; en primer lugar las respuestas de aversión a las dietas y problemas con la imagen corporal.

En una investigación realizada por Mancilla, Álvarez y Roman en 1996 (en G. L. Álvarez et al. 1998) con mujeres obesas que situaron bajo dos condiciones diferentes de tratamiento; tratamiento dietético y sin tratamiento dietético, empleando dos grupos control en función de su IMC. Se les aplicó la escala de ansiedad "IDARE", rasgos temperamentales de Thurstone y de la personalidad Minnesota "MMPI". Los resultados indicaron que las obesas presentan mayor grado de ansiedad, hipocondriasis, histeria e introversión social, encontrándose además que eran menos activas, vigorosas e impulsivas que los grupos control.

Black, Glodstein y Mason (1984) detectaron que los pacientes con obesidad mórbida presentan desórdenes psiquiátricos como agorafobia, fobia simple, estrés postraumático, depresión mayor, bulimia y dependencia al tabaco, también apreciaron desórdenes de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una alta ansiedad y conductas de evasión y agresión. La hostilidad y enojo es frecuente encontrarlos entre mujeres con obesidad central, es así como lo afirma Lindgren (1999); aquellas mujeres que tienden a incrementar en peso y presentan rasgos de enojo son propensas a desarrollar tejido adiposo visceral. Carpenters, et al. (2000) en un estudio con 40,086 hombres y mujeres aplicaron una escala que incluye una extensa lista de preguntas que operacionalizan los criterios del DSM-IV sobre depresión mayor, con el fin de determinar la relación entre obesidad y desórdenes de depresión mayor, ideas suicidas e intentos

suicidas. Obtuvieron el IMC de cada uno de los participantes y los agruparon en tres categorías: peso bajo, peso promedio y obesidad. Las tendencias suicidas, las ideas suicidas y los desórdenes de depresión mayor tiene una alta asociación con un peso corporal relativo; en esta investigación encontraron que se acentuaba el problema de la depresión mayor y la ideación suicida en las mujeres. Un dato curioso y que merece ser objeto de otras investigaciones es que en los hombres niveles bajos de IMC se asoció con depresión mayor, ideas e intentos suicidas. La relación entre obesidad y síntomas depresivos entre hombres es poco significativa (Pine, 1997).

Britz, et al. (2000) realizaron un estudio con el objetivo de comparar los índices de desórdenes psiquiátricos entre un grupo de estudio clínico de adolescentes con obesidad severa y un grupo control. Utilizaron 30 mujeres y 17 hombres con obesidad extrema, de edades entre 15 y 21 años con un IMC de 28.9. Para el diagnóstico del DSM-IV se utilizó la entrevista "Munich-Composite Internacional Diagnostic Interview" (M-CIDI). Se encontró que entre adolescentes con obesidad severa los índices de trastornos de ansiedad, somatomorfos y de alimentación son elevados; se llegó a esta conclusión ya que la media de IMC fue considerablemente mayor en la población del grupo clínico en comparación con el grupo control. En muchos pacientes los desórdenes aparecieron después de establecerse el problema de obesidad. Otro estudio exploró el nivel funcional y bienestar emocional en sujetos obesos, encontrando que estas dos variables son significativamente más bajas entre la población con problemas de peso que los de peso normal, es decir, que experimentan cansancio, ansiedad y depresión (Matthews, 2000). Moore, et al. citado por Johanna T. Dwyer; (Chapman y Hall, 1994) en un estudio realizado con 1600 personas de Manhattan encontraron que los obesos en comparación con los no obesos, tenían altos niveles de inmadurez, suspicacia y rigidez.

R. Sansone, Wiederman, L. Sansone y Monteith (2001) exploraron la relación entre la sintomatología correspondiente a la personalidad borderline y la obesidad bajo dos condiciones clínicas: psiquiátricas y en primeros auxilios. Obtuvieron el IMC de 48 mujeres bajo tratamiento psiquiátrico y de 83 mujeres en primeros

auxilios, se utilizó la escala de personalidad borderline "Personality Diagnostic Questionnaire- Revised (PDQ-R). Con este estudio concluyeron que el incremento del peso corporal de mujeres parece tener relación con la sintomatología de personalidad borderline entre las pacientes psiquiátricas, mientras que esta relación es escasa entre las pacientes en primeros auxilios. En la experiencia de Gary, et al. (Chapman y Hall, 1994) pacientes obesos con personalidad borderline son frecuentes, en las primeras etapas de tratamiento, ellos pueden revelar pensamientos íntimos y sentimientos acerca de ellos mismos, desarrollan una relación de compromiso con los miembros del grupo. Con el paso del tiempo, ellos desbordan en el grupo sus conflictos en las relaciones interpersonales, y dificultades para tener éxito en sus vidas, con frecuencia se muestran inconstantes en sus emociones y pueden desarrollar sentimientos positivos o negativos hacia los demás; otros se quejan constantemente de que no pueden seguir ningún tratamiento y las sugerencias de los otros miembros del grupo son poco funcionales. La consolidación del trastorno de personalidad borderline parece estar relacionado con el desarrollo de un trauma temprano, abuso sexual, emocional y/o físico; esto se asocia con un déficit en la autorregulación que se manifiesta de diferentes maneras como son: abuso de drogas ilícitas o prescritas, abuso de alcohol, dificultades para el manejo de dinero y se incluyen los desórdenes alimenticios. Las severas dificultades en la autorregulación oral resulta en sobrealimentación crónica que, entre algunos individuos puede resultar progresivamente en la ganancia de peso (R. Sansone, Wiederman y L. Sansone, 1999).

El impacto negativo de la obesidad tanto en el bienestar físico como en el funcionamiento psicosocial ha sido objeto de interés de muchas investigaciones. Mannucci, et al. (1999) opinan que la calidad de vida y la severidad del problema de obesidad interfiere en el funcionamiento físico, más que en el nivel psicológico y ajuste social; esto lo comprobaron en una investigación que realizaron con 99 mujeres y 48 hombres con problemas de obesidad, la finalidad fue validar un cuestionario que evalúa calidad de vida relacionada con obesidad, "The Obesity Related Well- Being (ORWELL 97). Los resultados muestran que las mujeres tienen

menos calidad de vida que los hombres. Conjuntamente se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad rasgo-estado, los cuales tuvieron una alta correlación con el ORWELL 97, es decir, niveles altos de depresión y ansiedad se asocian con una marcada presencia de obesidad y con el incremento de la relevancia subjetiva del daño determinado por el sentirse con sobrepeso.

2.2 PAUTAS SEXUALES.

Pocos son los trabajos en que se ha tratado la relación entre obesidad y sexualidad, las investigaciones se centran en los trastornos de alimentación como la bulimia y la anorexia; algunas de estas concuerdan en que las personas que padecen este tipo de trastornos han experimentado problemas en la dinámica familiar, como por ejemplo: abuso (Henderson, 1995; Zerbe, 1992; Widerman, 1996).

La sexualidad es un conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y sociocultural que diferencian a cada individuo como el varón y la mujer dentro de cada grupo social (J. L. McCary y S. P. McCary en Mancilla, Álvarez, Román, López, y Ocampo, 1998). En el problema de la obesidad, la sexualidad es un tema importante a tratar ya que afecta entre otras cosas a la imagen corporal; las personas obesas se consideran poco atractivas, con poco control en su conducta compulsiva. En comparación con las personas delgadas las obesas son pasivas, tímidas, temerosas, con baja autoestima (Bruch, 1980; Kaplan y Collip, 1980, en Mancilla, et al. 1998). Según Bruch (citada por González, 1996) cuando la obesidad aparece en la niñez los hombres manifiestan dudas sobre su sexualidad, mientras que las mujeres sienten desagrado por su sexo; las fantasías en las mujeres con respecto a la gordura tienen que ver con el deseo de ser como el padre, tener la potencia del padre, también opina que si la obesidad aparece en la edad adulta se relaciona con signos de fuerza y virilidad. Orbach (en Darey, 1991) explica que para algunas mujeres estar obesas significa rebelarse al rol tradicional, es decir, es un camino para negarse a la falta de poder, el castigo y la limitada expresión sexual. Buscan con esto expresar que la mujer tiene un rol

social; la gordura es la manifestación de la ansiedad que las mujeres experimentan por tener que vivir un ambiente sexista y lleno de contradicciones. Por otro lado, Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky (1995) consideran que el niño obeso es asexual, es decir, que su sexualidad está anulada debido al sobrepeso y no que no tenga sexualidad; en el niño lo sexual se liga con lo emocional en las sensaciones de rechazo, su propia imagen mental se lo manifiesta, tiene poca tolerancia a la frustración y recurre a la alimentación como salida. Alperovich (1988) menciona que la genitalidad en el obeso es pobre por su fijación oral, su encierro endógamico, su poca evolución exogámica, su falta de identificación con un padre activo y genital, y por las prohibiciones genitales que sufrió.

Se sabe muy poco con relación a la sexualidad de los obesos, especialmente de los obesos mórbidos. La comparación de los individuos obesos con sujetos de peso normal demuestra una menor frecuencia en la actividad sexual, que incluye disminución en el deseo sexual, experimentan con menor frecuencia orgasmos (Kinzi, et al. 2001). Mancilla, et al. (1998) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si existen diferencias en personas obesas con dieta, obesas sin dieta y normopeso, con respecto a su comportamiento sexual. Aplicaron una escala que evalúa comunicación y sexualidad, así como también una entrevista semiestructurada sobre sexualidad, diseñada especialmente para dicha investigación. En cuanto a los resultados encontraron que las mujeres obesas presentan problemas relacionados con la comunicación, esto es que, las obesas tienen porcentajes inferiores en comparación con las normopeso, en lo que se refiere a tratar cualquier de tema. Las obesas con tratamiento y sin tratamiento sólo tocan temas específicos, evitan conversar con la pareja. Las obesas sin tratamiento en comparación con las obesas en tratamiento y las de normopeso, consideran como motivo de unión a sus hijos o la compañía, además de que consideran el físico y la desorganización como aspectos desagradables tanto para ellas como para sus parejas. El 17% de las obesas con tratamiento reportan tener relaciones sexuales a diario, el mayor porcentaje de las normopeso tiene una o dos veces por semana; el mayor porcentaje de las obesas reporta tener de tres a cuatro veces por semana en comparación con las normopeso. La duración de la relación

sexual es de 0 - 20 segundos tanto en las obesas con tratamiento y las obesas sin tratamiento; el mayor porcentaje de las normopeso tiene relaciones sexuales con una duración de 21 - 40 segundos, esto sin especificar si solo son caricias antes o después de la relación o si realmente llegan al coito. El grupo de las obesas mostró que suelen realizar caricias y posiciones especiales durante la relación sexual. Las obesas sin tratamiento asumen un rol pasivo durante la relación en comparación con las de normopeso y las obesas con tratamiento. Las obesas sin tratamiento son las que reportan tener más fantasías en comparación con los otros grupos

Rang (en Wolman, 1982) menciona que las personas obesas suelen comer para evitar relaciones íntimas, en sustitución al sexo cuando la pareja no está disponible o simplemente comen para mantener su gordura y su falta de atractivo sexual, esto lo determina mediante un estudio que realizó para analizar el progreso de pacientes obesos durante un tratamiento psicoanalítico, estudio que se describirá con más detalle en el capítulo de tratamientos.

Es clara la interrelación entre el problema de obesidad y las relaciones interpersonales, como lo muestran los hallazgos de la Dra. Halpern (en Key y Lindgren, 1999) con 200 mujeres blancas y negras de 13 y 14 años originarias de Carolina del Norte; cada seis meses las adolescentes contestaban cuestionarios confidenciales acerca de dietas, preocupación por el peso y actividad sexual. Los problemas de peso elevado están asociados con menos citas entre las mujeres blancas en general y mujeres negras de alto nivel socioeconómico; las adolescentes se preocupan por su peso porque consideran que el ser delgadas está relacionado con recibir más invitaciones. Entre más cotizada una persona, mayor la probabilidad de que sea activa sexualmente; parece que el peso tiene un pequeño efecto en sí las jóvenes tienen relaciones sexuales o no.

2.3 IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA.

Se entiende por imagen corporal, una categoría subjetiva, representación psicosocial, o fotografía dinámica en movimiento, producto de la elaboración que muy poco tiene que ver con el objeto de la realidad que le dio origen (Gómez

Pérez- Mitre, 1995). El fanatismo por cumplir con las exigencias del exterior de bajar de peso, para ubicarse dentro de los cánones de belleza, es un factor determinante para desarrollar problemas de inseguridad, insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima e inclusive que las personas se suscriban a tener síntomas bulímicos.

La autoestima es un rasgo típicamente humano; según el Dr. Branden (en R. Álvarez, 1999) la autoestima es la confianza propia en la capacidad de pensar, enfrentar la problemática de la vida, incluye el sentimiento de ser respetados, dignos, con derechos de afirmar las necesidades y carencias, por lo tanto una autoestima elevada involucra el conocimiento, comprensión, aceptación, respeto y amor. En los obesos no hay integración de estos cinco elementos, les falta conocimiento de su problema o tienen conocimiento parcial, muchos conocen que son obesos pero desconocen los daños que ocasiona el exceso de grasa en corazón, pulmones, hígado, riñones, huesos y músculos. La falta de comprensión conlleva a que la obesidad la consideren ajena a ellos, esto es, antepongan excusas al problema; si no comprenden bien el problema no aceptan que lo padecen y descartan cualquier posibilidad para darle solución (R. Álvarez, 1999).

Según Stunkard (1967) entre las principales perturbaciones de las que son objeto las personas obesas se encuentran: la sobrealimentación y los problemas con la imagen corporal. Sin embargo esto no es exclusivo de las personas que tienen problemas de obesidad, los problemas de imagen corporal no ocurren en personas obesas emocionalmente saludables.

Jacobs y Wagner (1984) señalan que los problemas de imagen corporal incluyen, la visión de la propia imagen, autoconciencia en general y autoconciencia con relación al sexo opuesto. Los trastornos de imagen corporal se caracterizan por sentimientos de que el cuerpo es grotesco y repugnante, por ello es percibido por los demás con rechazo y hostilidad; los problemas de imagen corporal involucran autoconciencia de cómo los perciben los demás y en especial las personas del sexo opuesto, además de sentimientos de inadaptabilidad social. Las personas obesas suelen aislarse, incluso abstenerse de pasar tiempo con la familia, a pesar de que, esto último, es lo más reforzante para ellos, así como los amigos,

resultado de un pobre autoconcepto, asociado con una imagen corporal pobre, estado de salud, apariencia física y funcionamiento sexual.

El estudio realizado por Rosmond y Bjorntorp (2000) marca diferencias en cuanto a la calidad de vida y de autoestima entre hombres con sobrepeso y las personas con obesidad abdominal. Utilizaron como medidas de referencia el IMC y el índice de cintura-cadera. Encontraron que las personas con sobrepeso, es decir, que tenían un IMC menor o igual a 25, consideraban tener mejor situación familiar, apetito, y autoestima, pero disminución en bienestar físico, en comparación con los que tenían IMC mayor o igual al 25. Estos últimos experimentaban dolor de piernas. Aquellos que fueron catalogados con obesidad abdominal, que obtuvieron índices de cintura-cadera igual o mayores a 1.0, experimentaron deterioros en la salud y condición física así como también baja autoestima, comparado con aquellos que tuvieron un índice de cintura-cadera menor a 1.0.

La edad de inicio de la obesidad es un factor importante en el desarrollo de problemas con la imagen corporal. Las perturbaciones en esta área suelen ser más significativas cuando el problema de obesidad se presenta desde la infancia y la adolescencia, esta última por ser una etapa con intensos cambios tanto físicos como psicológicos, todo lo relacionado con la imagen corporal se vuelve relevante y afecta directamente la autoestima. Las mujeres adolescentes experimentan más estrés que los hombres, ellas son más vulnerables a padecer depresión, tal vez porque la autoestima está más relacionada con el peso y la imagen corporal (Tobin-Richards y Petersen, 1983; en Prior, 1998). Las mujeres adolescentes que se encuentran en la transición de la preparatoria a la universidad son más vulnerables a tener cambios en sus estilos de alimentación, lo cual les afecta en el autoconcepto, en términos de sentido de atractivo físico, autoconfianza para socializar, asertividad, popularidad en general y popularidad con el sexo opuesto; aquellas mujeres que adquieren patrones de alimentación anormales tienden a un autoconcepto disminuido. Ante esto la explicación es que el ambiente, en este nivel escolar, amplifica la presión sociocultural de que las mujeres deben ser delgadas (Hesse-Biber y Marino, 1991).

Otro estudio encontró que la asimilación de las normas de la cultura occidental influyen en la preocupación por la imagen corporal, actitudes y conductas de alimentación. Dicho estudio fue realizado por Senekal, Steyn, Mashego y Nel (2001) con mujeres negras adolescentes de origen rural y urbano del sur de África; hallaron signos más realistas con relación al nivel de peso y de imagen corporal en comparación con la población blanca, es decir, que hay una baja prevalencia en la sobreestimación de insatisfacción en el peso e imagen corporal lo cual probablemente tenga que ver con los antecedentes culturales. Las mujeres negras occidentalizadas, tanto de preparatoria como de universidad adoptan una medida corporal ideal, reportan satisfacción con su imagen corporal, aceptan más fácilmente estar pasadas de peso, experimentan menos presión, especialmente de los hombres, en estar delgadas; para ellas sobrepeso no significa necesariamente ser poco atractivas, por lo tanto aspiran menos a bajar de peso (Abrams, Allen y Gray, 1993; Cogan et al. 1996; citados por Senekal et al. 2001). Por otro lado aquellas mujeres que provenían de zonas urbanas tendían a ser comedoras restrictivas, tenían antecedentes de bajar de peso, intenciones de bajar y temor por subir. Los autores explican que esto probablemente tenga que ver con el proceso de urbanización y occidentalización que está teniendo lugar actualmente en el sur de África. Además de la edad parece que la presencia de problemas emocionales, sin ser una condición necesaria, especialmente en personas en las que la obesidad se estableció en la edad adulta, son factores que influye en las perturbaciones de la imagen corporal. Adicionalmente a esto, la forma en la que se evalúa la obesidad tiene que ver con que la persona desarrolle o no problemas de imagen corporal. Familias en las que la obesidad es vista como un signo de salud y fortaleza causará menos perturbaciones.

2.3.1 INVESTIGACIÓN DE IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA EN NIÑOS.

La mayoría de las investigaciones han encontrado que las mujeres son las que padecen con mayor frecuencia problemas de obesidad, contrariamente a esto en una investigación realizada por Sisson y Franco (1997) con 111 niños indígenas

de los cuales 62 eran mujeres y 49 hombres; el 67% de los hombres eran obesos y el 39% eran mujeres obesas. El propósito de esta investigación era determinar la relación entre el peso corporal y la percepción de la imagen corporal. Encontraron que 43% de los varones relacionaba la percepción de su imagen corporal con su peso actual, 49% lo subestimaron y el 8% sobreestimaron su peso. En contraste, el 52% de las mujeres relacionaba la percepción de su imagen corporal con peso actual, el 16% subestimaron su peso y el 32% lo sobreestimaron. La diferencia en la percepción de imagen corporal es significativa, es decir, que las mujeres tienden a ser más realistas en relación con su imagen corporal, en ellas existe mayor preocupación, que en los hombres. En esta misma investigación, en la que ambos padres participaron, la exactitud de la percepción, de los padres, de la obesidad de sus hijos, depende del sexo de éste. Los padres tendieron a subestimar la obesidad en cerca de la mitad de los hijos varones, y solo en el 12% de las niñas obesas. Los autores concluyen que los padres participan en la perpetuación del valor que la sociedad establece en las mujeres esbeltas.

Korbman (1997) realizó un estudio en México con un enfoque multidisciplinario donde trabajó con un grupo de niños obesos y sus madres aplicando cuestionarios a éstas últimas para recabar información sobre el desarrollo físico y emocional del niño y sus relaciones familiares. Se encontró que el 30% de los niños presentaban complicaciones de tipo psicológico relacionadas con baja autoestima, sentimientos de inferioridad, autoimagen distorsionada, depresión y ansiedad que influían en sus relaciones interpersonales y su funcionamiento escolar.

W. Corbin y Ch. Corbin (1997) realizaron un estudio con 324 niños y 326 niñas, de tercero a sexto grado escolar, para determinar si los niños se ubicaban por arriba de los estándares de grasa corporal de acuerdo a los criterios nacionales y como se relacionaba esto con su autoestima, obtuvieron las medidas de pliegues cutáneos de cada uno de los participantes y además se les administró la escala para niños "Hatter's Perceived Competence Scale" para la evaluación de autoestima, dicha escala consistía en cinco factores: competencia social, aceptación social, competencia atlética, apariencia física y comportamiento, así

como también seis reactivos de autoestima en general. Las mujeres fueron las que se ubicaron por arriba de los estándares establecidos de gordura; entre los varones de quinto y sexto grado los perfiles están dominados por la apariencia física y la competencia, los varones con peso normal calificaron alto en la percepción de la apariencia física y bajo en competencia, en comparación con los varones con problemas de obesidad. Estos autores explican que quizá los varones obesos utilizan la competencia, especialmente la escolar, como un medio para compensar los niveles bajos en la dimensión de apariencia física. En este mismo grupo de varones la aceptación social se hace importante. En relación con las mujeres la apariencia física fue importante para todos los grados. Tanto para los niños como para las niñas de grados escolares altos dominó una pobre percepción de la apariencia física. Con este estudio pretenden demostrar que la baja percepción en apariencia física de los niños obesos está asociada con muchos de los problemas con los que se enfrentan los adultos identificados como obesos, como son: dificultades para el matrimonio, soledad, poca aceptación, etc. Sostienen estos resultados la investigación con 10,039 adolescentes de 16 a 24 años de edad, 370 de estos padecían de sobrepeso; del 65 al 79 % de estos adolescentes se obtuvieron datos 7 años después aproximadamente. Las personas con sobrepeso durante la adolescencia y adultez temprana tuvieron menos posibilidades de matrimonio y bajos ingresos que aquellos que no lo eran; las mujeres tuvieron menos posibilidades de ser educadas, de casarse y tuvieron un bajo nivel económico en comparación a las otras. Contrariamente a otros hallazgos la obesidad no afectó la autoestima. Datos sugieren que los niños varones obesos de grados elevados a nivel primaria experimentan mayor preocupación por subir de peso, exhiben preocupación por su imagen, por lo que se someten a dietas rigurosas con mayor facilidad que los niños de peso promedio; los hallazgos son similares para las niñas (Vander y Thelen, 2000). Se han encontrado diferencias en cuanto a autoestima entre los niños hispanos y no hispanos, es así como lo señala una investigación realizada con 1,520 niños de 9 y 10 años de edad a los que se les aplicó la escala de "Self-Perception Profile of Children", para evaluar autoestima, a 79% de estos niños se les aplicó la misma escala 4 años después. En la primera

aplicación no hubo diferencias significativas entre los niños de 9 y 10 años; cuatro años después, cuando los participantes tenían 13 y 14 años, las niñas obesas hispanas y blancas mostraron disminución significativa en autoestima en comparación con las niñas obesas no hispanas y no obesas blancas, los mismos resultados se encontraron para los niños obesos comparado con los no obesos. Esta disminución de autoestima se asoció con incremento en la tasa de depresión, soledad, nerviosismo, consumo de alcohol y cigarro (Strauss, 2000).

2.4 FACTORES SOCIALES.

Cuando escuchamos hablar sobre lo "ordinario" pensamos inmediatamente en lo usual o normal; hasta la fecha los miembros de una cultura creen que la manera en la que hacen las cosas es normal; al observar en el mundo con la visión de cómo es que vive la gente en una sociedad en particular, sobresalen los placeres ordinarios, rituales y tabúes que la cultura asocia inmediatamente con la comida. Los cambios en la alimentación juegan un papel importante en las características distintivas del *Homo sapiens*, el desafío de proveer alimento y seleccionar el balance dietético con menos niveles de toxinas fue sin duda una de las mejores fuerzas selectivas en la evolución de la especie humana. La conducta de alimentación deja de ser, en la especie humana, meramente instintiva y se convierte en un acto condicionado por factores como: los psicológicos, sociales y culturales (Gómez Pérez-Mitré, 1993). La transformación de la alimentación por el proceso de adaptación se extiende a otros ámbitos, no sólo el valor nutricional de alimento, sino que, de la comida se adquiere una gran variedad de sinfonías de sabores, experiencias y formas artísticas. En el ambiente social la comida se convierte en el centro de la interacción familiar, se utiliza como medio para dar la bienvenida, la comida se ofrece como hospitalidad y como un signo para establecer identidad étnica. Compartir comida es el mejor camino por el cual una persona puede establecer y mantener relaciones interpersonales. El contexto socio-afectivo en el que se presente la comida a los niños y sus consecuencias influye en los hábitos de alimentación, si se les presenta el alimento como reforzador o

premio, habrá una inclinación importante por éste; por otro lado, si es un alimento al que se le restringe su acceso esto puede aumentar su preferencia (Fisher y Birch, 1999 en Camphell y Crawford, 2001).

Los padres son los encargados de que el niño adquiera pautas y normas de socialización, costumbres, creencias, formas de comunicación, actitudes, gustos y hábitos; por ello los padres deben tener cuidado en las conductas que refuerzan y los medios con los que lo hacen. El ambiente familiar se estructura de tal manera que los padres promueven y refuerzan las conductas alimentarias que favorecen la ingesta excesiva de calorías y la poca actividad física; esto se observa más a menudo entre niños que desarrollan problemas de peso tempranamente y continúan en la adolescencia y que provienen de familias en las que al menos uno de los padres es obeso y existe preocupación con lo relacionado en la comida (Epstein, McCurley, Wing y Valski, 1990; en Saucedo, 1996).

La influencia de los padres, pareja y maestros, la disponibilidad de los alimentos y los medios de comunicación son algunas de las tantas fuerzas que intervienen en moldear las actitudes de rechazo o aceptación a los alimentos. El ambiente alimenticio familiar sin duda influye en los hábitos de alimentación de los niños. En el humano se presenta una respuesta innata de preferencia a determinados sabores como son, dulce o salado; el significado que esto tiene para el desarrollo y la persistencia de preferencias alimenticias resulta controversial ya que esta predisposición es alterada en la medida en que el niño tiene experiencias con los alimentos y éstas se adquieren primordialmente en el hogar; la exposición temprana de frutas y verduras a los niños, alimentos ricos en energía, glucosa, grasa, juega un papel determinante para las preferencias. Otro factor influyente es el modelo, es decir, lo que la madre prefiere ingerir es lo que se convierte en un alimento predilecto para el niño. (Camphell y Crawford, 2001).

La madre es la que elige los alimentos, los prepara y sirve; lo hace con base al medio en el que se desarrolló, sus ingresos, nivel de educación y tabúes. Saucedo (1996) realizó un trabajo de investigación con el fin de determinar si los factores de crianza se relacionan con trastornos de alimentación, encontró que las actitudes paternas negativas como ofensas, hostilidad, comparaciones

desfavorables y rechazo son características de los niños con problemas de bajo peso, mientras que los niños de alto peso tienen padres permisivos, laxos, que pueden llegar al abandono (T. Álvarez et al. 1998)

Por otro lado se menciona que en la dinámica familiar de los sujetos obesos se pueden observar problemas en la relaciones interpersonales, amalgamiento, alianzas, rigidez, patrones de comunicación pobres que conllevan a los obstáculos para expresar sus emociones (Galey, 1986; Minuchin, 1988 en López et al. 1998; G. T. Álvarez et al. 1998).

La sociedad americana está diseñada para promover la sobrealimentación y la inactividad física, favoreciendo la obesidad; particular relevancia tiene en los países desarrollados la llamada "comida rápida" (fast food), ésta tiende a ser baja en fibra, en vitaminas y minerales, y en cambio es rica en carbohidratos, grasas precursoras del colesterol malo, y tiende a presentarse en porciones grandes, los componentes de esta dieta son los considerados como riesgosos para enfermedades cardiovasculares y diabetes, por ejemplo: una comida típica como una hamburguesa doble con queso, papas fritas, refresco y postre contienen 2,500 kcal., lo que requeriría de una carrera de Maratón para ser quemadas (Ebbeling et al. 2002).

El mejor remedio para el problema de la obesidad es la prevención y, según Andersen-Parrado (2000) los medios de comunicación como la televisión juegan un papel importante en los esfuerzos de prevención, deben promover los cambios positivos de conducta alimentaria como son: comer mas frutas, vegetales, granos, comer menos hamburguesas y carnes, beber agua en lugar de "refrescos", prohibir los anuncios de comida chatarra. Pero esto no sucede, los anuncios comerciales de televisión tienen efectos adversos en los patrones de dieta, los niños estadounidenses y británicos son expuestos a cerca de 10 comerciales de comida por hora, los temas son "comida rápida", "refrescos", dulces, cereales azucarados y otros. La exposición a comerciales por 30 seg. incrementa la probabilidad de que los niños entre 3 y 5 años de edad seleccionen, tiempo después, los alimentos aludidos (Kotz y Story, 1994; Taras y Gage, 1995; Borzekowski y Robinson, 2001 en Ebbeling, et al. 2002).

Paradójicamente, por otro lado, mientras la comida baja en grasa está teniendo cada vez más auge, el número de personas con problemas de peso aumenta; mucha de esta comida baja en grasa no es baja en calorías; los europeos consumen más grasa que los americanos y sin embargo son más delgados, para los americanos es más importante contar las calorías y comer grandes cantidades de fibra que preocuparse por la cantidad de grasa que comen (Wooster, 1998). La paradoja francesa es que, los franceses comen más grasa que los americanos, tienen niveles altos de colesterol en sangre, no se preocupan por llevar una dieta saludable y, sin embargo, tienen una tasa de enfermedades cardiovasculares alrededor de un tercio abajo que los americanos. Hay varias alternativas de explicación con relación a esto: 1) existen diferencias metabólicas; 2) estilo de vida menos estresante entre los franceses; 3) los franceses comen menos calorías al día; 4) la dieta francesa es más variada; 5) la posibilidad de que hacen más ejercicio; 6) los franceses comen más despacio o menos bocadillos (Friedlander, 1999).

Los cambios en la alimentación, tanto en la cantidad de alimento como en la calidad del mismo, han tenido lugar por la industrialización y mecanización del mundo lo cual también afecta a los hábitos de actividad física, además de estos factores, la influencia de la cultura occidental, que es la que da más énfasis a las figuras esbeltas, conduce a que las personas con problemas de peso sean objeto de discriminación y de estigmatización. Goffman propuso (en Brink, 1994) que existen tres clases de personas que son objeto de estigmatización, situación que sigue vigente hasta la fecha, aquellas que tienen una deformación física, defectos de carácter y los que tienen un estigma en cuanto a raza, nacionalidad y religión. De acuerdo a la clasificación de Goffman se cree que los obesos tienen un defecto en el carácter, es decir, falta de control pero además tienen deformación física, por ello son discriminados por diversos sectores.

Larkin y Pines (1979, en Toro, 1999) confirman la apreciación anterior y refieren que los obesos son discriminados en la sociedad en la que viven, no obtienen empleo fácilmente, son discriminados por no mostrarse como líderes, se consideran menos competentes, menos productivos, menos laboriosos, desorganizados, indecisos, inactivos y con menos éxito. Además -dicen- son objeto

de discriminación por la industria del vestido, la ropa es más cara por tratarse de tallas especiales y se encuentran sólo en determinadas tiendas; el sistema de transporte también los discrimina ya que se encuentra estimado el peso humano en un avión, autos, autobuses; cuando una persona obesa no encaja en la medida del asiento son puestos en ridículo y obligados a pagar doble asiento. El sistema religioso los discrimina cuando transmite el mensaje de que la gente obesa es glotona y por lo tanto son pecadores moralmente. Los sistemas publicitarios enfatizan en una imagen anoréxica como sexualmente atractiva; el sistema educativo trata a los obesos como tontos. Todo este tipo de creencias están culturalmente condicionadas, y la creencia de que el obeso es diferente, una persona defectuosa, causa un daño psicológico enorme; afecta su autoestima y les hace sentir ira y desesperanza.

Entre los diversos factores que se han asociado al problema de obesidad se encuentran el sexo, nivel socioeconómico y raza. Es más frecuente que se presente entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que en los hombres. En la revisión de 144 estudios de Sobal y Stunkard (1989, en Toro, 1999), refiere una asociación negativa entre nivel socioeconómico y obesidad. (Barber, 1995; Verduzco y Platas, 1999; Hales et al 2001). Con relación a esto se señala que (Fernández, 1992; en Baber, 1995):

- Las clases de nivel socioeconómico bajo consumen más alimentos ricos en hidratos de carbono, que aportan más calorías que los alimentos ricos en proteínas, esto debido a que los alimentos tipo chatarra son más económicos.
- Falta de criterio en la elección de alimentos debido a la disposición inadecuada de los mismos y educación alimentaria deficiente.
- La presión social sobre la estética es menos acentuada entre las clases bajas.
- Las clases bajas emplean menos tiempo en actividades deportivas.

Estos mismos autores involucran la raza con la obesidad: las mujeres negras tienen una prevalencia mayor de peso excesivo que las blancas. Sin embargo la

percepción de la imagen corporal en las culturas no occidentales difiere de las occidentales, por ejemplo las mujeres kenianas perciben a las mujeres delgadas de modo más negativo que las inglesas, y los universitarios ugandeses consideran más atractivas las mujeres gruesas que los universitarios británicos (Furnham 1983, 1994 en Toro, 1999).

COMENTARIOS.

La literatura no es clara en la distinción de la obesidad como una causa o consecuencia de psicopatología o una enfermedad mental en sí misma. Pero lo que sí resulta claro es que este padecimiento trae consigo alteraciones en el área sexual, la imagen corporal y autoestima. Estos dos últimos aspectos se ven acentuados por la gran presión que ejerce la sociedad por lucir cuerpos esbeltos.

Las alteraciones causadas en otras áreas, debido a la obesidad, son las que llevan a las personas obesas a buscar tratamientos que la mayoría de las veces ponen en riesgo su salud. En el siguiente capítulo se mencionaran las características generales de los tratamientos disponibles para la obesidad.

CAPITULO 3

TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD.

3.1 NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA OBESIDAD

Para efecto de este trabajo considero importante citar algunos lineamientos que establece la Norma Oficial para el Tratamiento de la Obesidad (2000):

La Norma Oficial define la obesidad incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

El objetivo de esta norma es establecer los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad. Se aplica en los Estados Unidos Mexicanos y sus disposiciones son obligatorias para los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas de la salud, así como en los establecimientos de los sectores públicos, social y privado que se ostenten y ofrezcan servicios para la atención de la obesidad, el control y la reducción de peso. Para la aplicación correcta de la norma es preciso consultar las siguientes normas oficiales mexicanas:

NOM-008SSA2- 1993, Control de la nutrición, crecimiento, desarrollo del niño y del adolescente.

NOM-168SSA1- 1998, Del expediente clínico.

NOM-178SSA1- 1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención de pacientes ambulatorios.

Según las *disposiciones generales* de esta norma establece:

- Todo paciente adulto requerirá de un manejo integral.
- El paciente pediátrico obeso se atenderá conforme a la Norma Oficial Mexicana para el control de la nutrición, crecimiento, desarrollo del niño y del adolescente.
- El tratamiento médico-quirúrgico, nutricional y psicológico del sobrepeso y de la obesidad deberá realizarse bajo lo siguiente:
 - a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica
 - b. Estará respaldado científicamente en investigación para la salud especialmente de carácter dietoterapéutico, individualizado, farmacológico y médico quirúrgico.
 - c. El médico será el responsable del manejo integral del paciente obeso.
 - d. El tratamiento indicado deberá entrañar menor riesgo potencial con relación al beneficio esperado.
 - e. Deberán evaluarse las distintas alternativas disponibles conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes que afecten su salud.
 - f. Todo tratamiento deberá realizar una evaluación previa del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, antropométrico, incluyendo Índice de Masa Corporal (IMC), índice de cintura cadera, circunferencia de cintura y pruebas de laboratorio.
 - g. El médico y psicólogo deberán elaborar a todo paciente un expediente clínico conforme a lo establecido a la Norma Oficial Mexicana, del expediente clínico.
 - h. En el caso del nutriólogo, deberá elaborar una historia sobre la nutrición que contenga: ficha de identificación, antecedentes familiares, y personales, estilos de vida, antropometría, problema actual, plan de manejo actual y pronóstico.

Manejo médico.

La participación del médico comprende:

- a. Tratamiento medicamentoso.
- b. El médico es el único con la facultad de prescribir medicamento en los casos que así se requiera.
- c. Sólo se podrán indicar anorexígenos u otro tipo de medicamentos autorizados para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso, cuando no existe respuesta adecuada al tratamiento dietoterapéutico y al ejercicio físico, en pacientes con IMC de 30 o más, sin enfermedades concomitantes graves o en pacientes con IMC de 27 o más que tengan enfermedades concomitantes graves.
- d. El médico tratante deberá explicar al paciente qué medicamentos va a ingerir, su nombre comercial y farmacológico, dosificación, duración de la toma, interacción con otros insumos, reacciones adversas y colaterales.

Tratamiento quirúrgico.

- a. Estará indicado exclusivamente en los individuos adultos con obesidad severa e IMC mayor de 40 o mayor de 35 asociado a comorbilidad importante y cuyo origen en ambos casos no sea puramente de tipo endocrino. Deberá existir antecedente de tratamiento integral reciente, por más de 18 meses sin éxito, salvo ocasiones cuyo riesgo de muerte, justifique el no haber tenido tratamiento previo.
- b. La decisión del tratamiento quirúrgico esta a cargo de un equipo de salud multidisciplinario: cirujano, anestesiólogo, endocrinólogo, cardiólogo y psicólogo.
- c. Todo paciente con obesidad severa candidato a cirugía, no podrá ser intervenido sin antes haber sido estudiado de forma completa: historia clínica, análisis de laboratorio y gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica y cualquier otra necesaria.

- d. El médico cirujano informará al paciente de los procedimientos quirúrgicos a realizar, ventajas y riesgos.
- e. El paciente deberá firmar Carta de Consentimiento bajo Información.
- f. Las técnicas autorizadas para el tratamiento de la obesidad serán de tipo restrictivo: derivación gástrica, gastroplastia vertical y banda gástrica ajustable.
- g. Las unidades hospitalarias deberán contar con todos los insumos necesarios para satisfacer requerimientos de una cirugía mayor.
- h. El médico tratante deberá comprobar ser especialista en cirugía general.

Manejo nutricional.

La participación del nutriólogo comprende:

- a. Valoración nutricional: evaluación del estado nutricional mediante indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, pruebas de laboratorio y estilos de vida.
- b. Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendación para el acondicionamiento físico y para los hábitos alimenticios.
- c. Control del seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones.
- d. La dieta deberá ser individualizada, atendiendo a las circunstancias especiales de cada paciente.

Manejo psicológico.

La participación del psicólogo clínico comprende:

- a. El manejo para la modificación de hábitos alimentarios.
- b. Apoyo psicológico.
- c. En caso de ser necesario, referencia a Psiquiatría.

3.2 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

Tratándose de un problema crónico, la obesidad requiere de una atención a largo plazo y persistencia en el cuidado para lograr un éxito duradero. El tratamiento ha de ser individualizado, según las características y enfermedades asociadas de cada paciente. Para el tratamiento disponemos básicamente de una adecuación alimentaria, incremento de la actividad física y modificación de los hábitos de vida; el tratamiento farmacológico o quirúrgico pueden servir de apoyo a estas medidas.

Según Braguinsky (1996) para el tratamiento de la obesidad se debe conocer hasta qué punto está indicado, considerando aspectos como: los familiares, historia personal, historia de peso, tratamientos anteriores, estilos de vida, ambiente familiar, laboral, amistades y motivaciones. Para determinar las indicaciones de tratamientos se deben tomar en cuenta factores como:

- Peso corporal para talla
- Índice de masa corporal superior a 27.3 en mujeres y en hombres a 27.8
- La distribución de la grasa corporal. El depósito central de grasa, en particular de la región intraabdominal parece ser más riesgosa.
- Cuando el exceso ponderal es un factor demostrado de riesgo como por ejemplo en: diabetes mellitus tipo II, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, afecciones respiratorias, cardiopatías con hipertrofia en el ventrículo izquierdo, antecedentes familiares o personales de carcinoma de mama o de endometrio, artrosis bilateral de rodillas, insuficiencia venosa o várices.
- Obesidades mórbidas
- Repercusiones psicológicas
- Obesidad infantil
- Sobre peso en el embarazo

Cualquier forma de tratamiento debe considerar los aspectos mencionados y plantear ciertos lineamientos generales de conocimiento sobre la situación ante el paciente obeso. Es importante determinar si el paciente llega motivado u obligado (por enfermedad concomitante a la obesidad o presiones psicosociales); sin intentos de tratamiento o con intentos fracasados; con urgencias imposibles de cumplir en tiempos pretendidos; con condiciones estructuradas que considera inmodificables (no verduras, no actividad física, falta de tiempo.); con expectativa real o irreal del peso por obtener y de las características antropométricas.

El punto de partida de los tratamientos es conocer la realidad del paciente, debe realizarse una anamnesis alimentaria, que incluye: hábitos alimentarios, situaciones relacionadas con la alimentación, datos personales que se incluyen en la historia clínica habitual pero que habrán de tener un enfoque sobre el tema de la alimentación (historia de peso corporal, historia familiar de obesidad, historia sobre la actividad física). Un registro diario de alimentos y situaciones en las que se ingieren, que podrá ser más o menos puntual o estructurado según sea el tipo de tratamiento que se establezca y de manera semejante un registro de la actividad física.

Un aspecto importante es recabar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre el tipo y calidad de los alimentos que ingiere y sobre el valor de pérdida calórica de la actividad física que realiza

Considerar la comorbilidad para establecer tratamientos aledaños al específico sobre la obesidad, que pueden incluir psicopatología o enfermedades con mayor carga somática.

3.3 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

3.3.1 TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.

Los programas de técnicas conductuales y cognitivas en los últimos años han tenido gran auge para el tratamiento de la obesidad. La terapia conductual se

basa en la modificación de los hábitos y conductas diarias para el fin deseado. Entre los principios básicos que subyacen a la terapia de conducta se encuentran:

- La conducta problema es el principal objetivo del tratamiento.
- Las conductas que requieren tratamiento suelen dividirse en componentes separados que serán tratados mediante procedimientos diseñados de forma individual, en función de la conducta y sus consecuencias.
- Las conductas normales, como las anormales, se aprenden y se mantiene de la misma manera; los procedimientos que alteran las conductas normales son útiles también para modificar las conductas inapropiadas.
- El entorno social desempeña un papel importante para el desarrollo y mantenimiento de las conductas normales y anormales, por lo tanto, para mantener las conductas recientemente aprendidas y prevenir recaídas, se debe modificar el entorno.
- En el aprendizaje también se involucran otros elementos como son la experiencia previa y el reconocimiento de la relación entre los acontecimientos. Desde esta perspectiva los procesos cognitivos son importantes moduladores de la conducta.

Con base en estos principios el tratamiento conductual de la obesidad comprende los siguientes elementos: autorregistro, refuerzo del nivel de actividad, disminución de la tasa de ingesta, restricción de los estímulos asociados a la ingestión, adhesión a dietas bajas en grasas y la utilización del refuerzo o autorrefuerzo para la obtención de los objetivos a corto plazo. En esta misma modalidad de tratamiento existen variaciones en cuanto a su manejo, algunos incluyen el apoyo social de familiares, amigos o compañeros; ejercicio físico y depósito financiero. Comúnmente la terapia se lleva a cabo en grupos de aproximadamente diez personas, una o dos horas por semana, en un lapso de doce a veinte semanas (Stewart y Berkowitz, en Hales et al. 2001; Verduzco y Platas, 1999; Riobó, 2000).

En cuanto a la terapia cognitiva, está se basa en la teoría sobre el procesamiento patológico de la información en trastornos psiquiátricos como la

depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad; dichas distorsiones cognitivas: como las percepciones erróneas, los errores lógicos y las atribuciones erróneas, producen afectos disfóricos y conductas desadaptativas. Se proponen dos niveles de procesamiento disfuncional de información. En primer lugar, los pensamientos automáticos, es decir, cogniciones que se producen rápidamente, no se analizan y a menudo se basan en una lógica errónea. El segundo nivel es el de las creencias básicas incorporadas en esquemas, es decir, estructuras cognitivas más profundas que contienen reglas básicas para seleccionar, filtrar y codificar la información del entorno; estas estructuras se desarrollan a partir de las experiencias tempranas de la infancia y las influencias posteriores. Este modelo de intervención también reconoce la relación interactiva entre las influencias del entorno, la cognición, la emoción y la conducta.

Las personas con trastornos de la alimentación presentan distorsiones del pensamiento entre las que se incluyen sesgos cognitivos sobre la imagen corporal, conducta alimentaria y peso; suelen valorar desmesuradamente el tamaño de su cuerpo como medida de autoestima y como requisito para ser aceptados por los demás. Las técnicas de terapia cognitiva están orientadas a someter estas cogniciones desadaptativas a una evaluación empírica; los procedimientos son: obtención y evaluación de los pensamientos automáticos, evaluación de las evidencias, asignación de tareas *in vivo*, se exponen cogniciones significativas relacionadas con la alimentación y también se hace uso de técnicas conductuales (Wright y Beck en Hales et al, 2001).

La literatura sugiere que con las técnicas de intervención conductual para el tratamiento de la obesidad hay una pérdida de entre 10 y 14 kilos o del 10% del peso. Para mantener esta pérdida de peso o tener éxito en el diseño de un programa de intervención de esta naturaleza es preciso tener en cuenta una amplia gama de variables como: hábitos de alimentación, cadenas conductuales que favorecen la ingesta fuera de horas, niveles de ansiedad, autoimagen, círculo social, mantenimiento de contacto con el terapeuta, cumplimiento de autorregistros, actividad física, peso y consumo de calorías (Casado, 1997; Verdusco y Platas, 1999; Riobó, 2000).

3.3.1.1 INVESTIGACIONES CON TRATAMIENTOS DE TÉCNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Uno de los primeros estudios controlados de **terapia de grupo con orientación conductual** centrado en la reducción de peso es el de Wollersheim (1970), que aplicó los principios de aprendizaje con el fin de evaluar un programa con tales características de forma estricta. El estudio consistió en asignar a 79 mujeres obesas de forma aleatoria a una de las cuatro condiciones de tratamiento, las cuales fueron: (Tabla 2)

Tabla 2. Terapia de grupo con orientación conductual de Wollersheim

CONDICIONES DE TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS A 9 MESES
Expectativas positivas- presión social	<ul style="list-style-type: none"> • Promover expectativas positivas • Usar la presión social • Compromiso de perder peso • Uso de reforzadores negativos ante el fallo del compromiso positivos en caso contrario 	- 2.5kg
Terapia no específica	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio semejante al grupo anterior • Técnicas de relajación • Conciencia de las razones y motivaciones de su conducta 	- 3.1kg
Terapia focal	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas del primer grupo • Técnicas de relajación • Registro de hábitos alimentarios • Identificación y cambios de estímulos para evitar sobrealimentación. • Técnicas de autocontrol aplicándolas para la vida real 	-5kg
Grupo control	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación en un grupo de espera 	+91g

INSTITUTO
 FALCÓN Y BRINDEN

Las sesiones fueron semanales por un periodo de 9 meses. La edad de las participantes osciló entre los 18 y 36 años.

Los tres grupos tuvieron una disminución de peso en relación con el grupo control, el grupo que estuvo bajo la condición de terapia focal difirió significativamente de los grupos de terapia no específica y del de presión social, mientras que estos dos no tuvieron diferencias significativas entre ellos. En un análisis posterior se observó un ligero incremento en el peso en todos los grupos. De los periodos de pretratamiento al de postratamiento se observaron cambios, el grupo control ganó 91 g., el grupo de presión social perdió 2.5 Kg., el grupo de terapia no específica perdió 3.1 Kg. Y el grupo de terapia focal mostró una disminución de 5 Kg. Las características del experimento permitieron demostrar al autor la validez de la terapia de aprendizaje, no sólo en la pérdida de peso sino en la modificación de conductas relacionadas con la ganancia del mismo.

En el estudio de Straw et al (1984) aplicaron una escala (Master Questnaire MQ) diseñada específicamente para la investigación en obesidad, la cual estaba compuesta por cuatro subescalas: apoyo de pareja, hábitos de balance energético, factores cognitivos y conocimiento de balance energético. El objetivo de este estudio era obtener la validez de dicha escala; se aplicó a 216 sujetos, hombres y mujeres. Los participantes fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento; 103 participantes en el programa de tratamiento de la Universidad de Pennsylvania que consistía en técnicas conductuales para el control de peso y 113 en el programa de tratamiento tipo Williamsport, que consistía en tres programas: terapia conductual, farmacoterapia o terapia combinada; el grupo de farmacoterapia y de terapia combinada recibieron fenfluramina. Los autores concluyeron que tenían una herramienta poderosa para la investigación en el ámbito de la obesidad ya que la confiabilidad test- retest y la sensibilidad de la prueba a los cambios relacionadas con el tratamiento fueron aceptables, además de esto encontraron que aquellas personas que fueron expuestas al programa conductual mostraron mejorar en las escalas de hábitos y cognición que aquellos que sólo recibieron medicamento.

Otro estudio en el que se aplican técnicas **cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad** es el realizado por Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) con once personas, 10 mujeres y un hombre entre los 37 y 60 años de edad; 73% de la muestra presentaba obesidad moderada y el 27% obesidad leve. La duración del programa fue de cuatro meses, además de la reducción de peso estos autores buscaban la modificación de hábitos de alimentación y factores psicológicos relacionados con la obesidad como, ansiedad, autoestima, autocontrol y pensamientos distorsionados. El programa de aplicación grupal se diseñó con tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento. En la primera y en la tercera fase se aplicó una entrevista estructurada sobre hábitos de alimentación, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y se obtuvieron medidas de peso. La fase de tratamiento consistió en sesiones informativas sobre obesidad, elaboración de menús, entrenamiento en técnicas de autocontrol, entrenamiento en relajación, habilidades sociales, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Los resultados demostraron que se obtuvo modificación en las conductas relevantes relacionadas con la obesidad, disminución de la conducta de picar entre comidas, aumento del tiempo empleado para la ingesta, modificación adecuada en la preparación de los alimentos y aumento en la conducta de masticación para cada porción. En cuanto al peso se observó una reducción de entre 2.1 y 18%; en cinco sujetos se observaron descensos superiores al 10%, en cuatro la reducción fue inferior al 10%, un sujeto no varió y se observó el aumento de peso de uno de ellos de 2.1%. Las modificaciones también se presentaron en los niveles de ansiedad; los autores concluyen que se produjo un significativo descenso en ansiedad motora ya que se reflejaba en la reducción de la ingesta en situaciones de ansiedad. Tras una evaluación después de un período de seis meses de finalizado el tratamiento se observó que el 82% de la muestra mantuvo su peso.

Entre los diversos propósitos que se plantean los tratamientos conductuales para el manejo de la obesidad se encuentra el de proveer a los individuos de las habilidades necesarias para que ellos tengan control sobre su conducta, por ejemplo el estudio realizado por James, Folen y Noce (1998) en el que

implementaron un programa de estilos de vida saludables para el tratamiento de la obesidad en hombres; el programa parte de filosofía de que los pacientes cuentan con la habilidad de controlar su propia conducta como la de seleccionar la comida y la capacidad de tener una vida saludable. El estudio se realizó con 25 hombres del servicio militar con un IMC de por lo menos 30, el calendario del programa incluía clases de una gran variedad de materias, tales como, planeación de comidas saludables, prevención de recaídas, ejercicio de baja intensidad, técnicas de modificación de conducta, dinámica familiar, manejo de estrés y establecimiento de metas realistas sobre la pérdida de peso y ejercicio. De la fase de pretratamiento a la de tratamiento se obtuvo una pérdida de peso de aproximadamente 7kg, a los seis meses de finalizado el tratamiento la reducción fue de 3kg y a los 12 meses se observó un pequeño aumento de un kilogramo. En la discusión de este tratamiento los autores mencionan que para maximizar los resultados positivos con la mayoría de los pacientes obesos se tiene que plantear metas reales, fomentar el ejercicio, integrar a la familia en el tratamiento, registro de hábitos de alimentación y seguimiento, pero sobre todo incluir en estos programas la exposición de los pacientes a situaciones reales, como ir a restaurantes de comida rápida y reuniones en las que ellos puedan tener control sobre su conducta.

Sbrocco, Nedegaard, Stone y Lewis; (1999) se propusieron comparar el Tratamiento conductual tradicional (TCT), que incluye la restricción de calorías, contra un Tratamiento cognitivo-conductual basado en el modelo de toma de decisiones para promover la continua pérdida de peso. Llamaron a su tratamiento "Tratamiento de conducta de elección" (TCE). Al grupo TCT se les indujo a evitar comidas ricas en calorías y grasas, se les motivó para perder peso y mantener dicha pérdida, se les ayudo a que entendieran las razones por las que comían y resolvieran el estrés por otras vías, además se les proporcionó una dieta de 1200 Kcal. A los participantes del grupo TCE se les enseñó a que desestimaran las dietas y que visualizaran el comer como una elección para poder perder peso paulatinamente, aunque no tan rápido, considerando esos cambios más permanentes. Se les enseñó a identificar sus elecciones y los resultados de

controlarlas. Las participantes fueron 24 mujeres de entre 18 y 55 años de edad, su obesidad estaba entre el 30 y el 60% sobre su peso ideal y fueron asignadas de forma aleatoria a uno de los 2 grupos de tratamiento. Con excepción de tres participantes, tuvieron que pagar (150 usd) para entrar al programa y al finalizar se les reembolsaba. Se registró, de cada participante, sus medidas antropométricas, su adherencia conductual, sus patrones de alimentación y las evaluaciones psicosociales que consistieron en "The restraint subscale of the eating inventory", "The eating disorder inventory-2", "The state self-esteem scale", y "The Beck depression inventory". En la evaluación previa no hubo diferencias significativas entre los grupos para los parámetros de edad, peso y la ingesta de calorías. En el grupo de TCT se lograron pérdidas mayores de peso a la mitad del tratamiento, no hubo diferencias a los tres meses de seguimiento, consumieron más calorías de las permitidas, mantuvieron e incrementaron la frecuencia de ejercicio, sin embargo a los 12 meses se observó una disminución en éste. En cuanto al grupo de TCE a los seis meses obtuvo mejores resultados que el otro grupo, consumieron menos calorías de las que se les había asignado, mantuvieron e incrementaron el ejercicio. En ambos grupos, inicialmente, hubo una insatisfacción por el cuerpo y con el paso del tiempo se observó una mejoría en la autoestima. En ningún grupo se evidenciaron datos de depresión y las escalas no variaron durante el tratamiento, pero el grupo TCE mostró una tendencia a disminuir los puntajes en la escala de depresión a los 3 meses de seguimiento.

Nauta, Hospers, Kok y Jansen (2000) trabajaron con obesos sin atracón y obesos con atracón para determinar la efectividad del **tratamiento cognitivo vs el tratamiento conductual**. La muestra estaba compuesta por 74 participantes, 37 para cada característica; los que estaban en tratamiento cognitivo aprendieron a cambiar sus pensamientos disfuncionales y los que estaban en tratamiento conductual aprendieron a regular sus patrones de alimentación. El tratamiento cognitivo fue más efectivo para la disminución de la preocupación en relación al cuerpo, peso y comida, así como también para la aparición de conductas restrictivas y mejorar la autoestima; estos resultados se mantuvieron después de seis meses. El tratamiento conductual resultó más efectivo para la reducción de

peso pero después de seis meses el efecto se revirtió parcialmente. Notaron una disminución en la conducta de atracón en ambos tratamientos, pero la abstinencia de atracón fue más notoria en los que estuvieron bajo tratamiento cognitivo.

Otro estudio para el tratamiento de la obesidad relacionado con trastornos de la alimentación con atracón es el de Telch, Agras y Linehan. (2000) en el que describen la utilización de la **Terapia grupal de dialéctica conductual** (Dialectical Behavior Therapy DBT). Esta terapia fue diseñada para mejorar las habilidades del control emocional principalmente en pacientes con Trastorno límite de la personalidad. Estos autores parten de la hipótesis teórica de que los trastornos de alimentación por atracones tienen una génesis en una estrategia desadaptativa de regulación afectiva y plantean que una DBT modificada puede ser efectiva en el tratamiento de estos trastornos. En su artículo describen los *resultados preliminares* de su investigación, pero admiten que es un estudio no controlado. Se trató de 11 mujeres con trastornos por atracón a las que se les aplicaron pruebas para determinar el diagnóstico del trastorno (Eating Disorder Examination) junto con las medidas de peso, estado del humor y regulación afectiva en la etapa previa y posterior al tratamiento. El procedimiento consistió en tres fases. La primera fase que fue la de habilidades mentales, a los participantes se les ayudaba a incrementar su conciencia sobre las emociones que experimentaban durante sus episodios de atracones, por ejemplo: se les pedía que pusieran atención sobre impulsos, pensamientos y emociones con el fin de contrarrestar la conducta de atracón. La segunda fase fue la de entrenamiento en regulación emocional, se les pidió que identificaran los principales disparadores de la conducta de atracón, que analizaran la relación de su interpretación y el estado emocional, que tomaran conciencia del grupo de respuestas que acompañaban su acto, que catalogaran sus emociones correctamente, que entendieran la función adaptativa de su emoción y disminuyeran la vulnerabilidad emocional. La última fase fue la de entrenamiento para la tolerancia al estrés, ésta consistió en enseñarlos a enfrentar situaciones estresantes inmodificables evitando agravar la situación con atracones, y en su lugar, recurrir a actividades de distracción. Los resultados parecen ser buenos, se redujeron los episodios de atracón de la línea base inicial al final del tratamiento

hasta en 95%. Nueve de 11 participantes reportaron no haber tenido episodios 4 semanas después de concluido el tratamiento, incrementando sus expectativas de autorregulación en estados emocionales negativos, una reducción significativa de la conducta referida cuando se experimentaba ansiedad, aunque no en depresión. En relación con el peso, que no era el objetivo principal, se observó una reducción de 5.2 Kg. a los tres meses, pero a los 6 meses la reducción fue 3.8 Kg. de la línea base (el grupo tenía una media inicial de 102 Kg.).

Las diversas modalidades de los programas conductuales para el tratamiento de obesidad incluyen, como se señaló anteriormente, el depósito monetario. Jeffery et al (Glenny, O'Meara, Melville, Sheldon y Wilson, 1997) opinan que la cantidad de dinero establecida en el contrato terapéutico no es un factor determinante para la pérdida de peso, concluyen esto a partir del estudio que realizaron en el que formaron seis diferentes grupos variando el tipo de contrato, grupal o individual; quince semanas después del tratamiento se observaron efectos en todos los grupos, los sujetos de contrato grupal perdieron más peso comparado con los del contrato individual, pero estas diferencias no se mantuvieron a los doce meses, todos los grupos tuvieron una ganancia significativa.

Cooper y Fairburn (2001) proponen una nueva aproximación cognitivo conductual para el tratamiento de la obesidad que considera la **perspectiva de largo plazo**, arguyendo que los tratamientos existentes no proveen las estrategias necesarias para evitar la recuperación de peso. Se propone considerar los fallos cognitivos con base en tres elementos clave: primero, un tratamiento que ayude a aceptar y valorar la pérdida de peso que se alcance; segundo, que fortalezca la meta de mantener el peso en lugar de perder más; y, finalmente, ayudar a los pacientes a adquirir y utilizar habilidades cognitivas y conductuales necesarias para lograr el control exitoso de peso. El tratamiento tiene una duración de 11 meses, consiste en dos fases que se aplican en 9 módulos. Las fases consisten en "perder peso" y "mantener el peso". Los módulos son: 1) comienzo del tratamiento; 2) establecer y mantener pérdida de peso; 3) establecer barreras para pérdida de peso; 4) alimentación saludable; 5) incremento en la actividad; 6) imagen corporal; 7) metas de peso; 8) metas primarias; 9) mantenimiento de peso.

Los módulos contienen elementos de las dos fases, y se pueden traslapar según las necesidades del paciente; los módulos consideran aspectos como las ideas subyacentes a las metas de bajar de peso, el manejo de expectativas realistas, valorar los beneficios más que los kilos perdidos, entre otros, enfatizando el control y mantenimiento de peso mediante los siguientes pasos: a) monitoreo regular; b) el uso adecuado de respuestas cognitivas (adquirir la creencia de que pueden tomar las medidas adecuadas para controlar su peso); c) la práctica de habilidades conductuales tanto para minimizar las fluctuaciones de peso significativas y corregir cualquier cambio que ocurra. Los resultados de este tratamiento están en fase de evaluación en estudios controlados.

3.3.1.2 TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN NIÑOS.

Para el tratamiento de la obesidad en niños hay programas que emplean la terapia familiar o el involucramiento de los padres en el tratamiento de sus hijos; este tipo de intervención está dirigida a la reducción de la vida sedentaria en niños, modificando estilos de vida adquiridos a partir de la relación con los padres, evitar el uso de dietas restrictivas para la pérdida de peso que suelen estar relacionadas con desórdenes de la alimentación. Los tratamientos que atienden juntos, tanto a los niños obesos como a sus padres han tenido mejor resultado, la pérdida de peso se ha registrado hasta en 15.3% de su sobrepeso; y se generan cambios en la rutina de ejercicio, mientras que, en los niños que se atienden por separado se observa un aumento de peso. En cambio otros programas no registran diferencias; un tratamiento conductual de 26 semanas enfocado en el control de actividad física, ingesta de alimento y reforzadores, se utilizó para examinar el manejo que los niños hacían en su propio control de peso; se comparó un grupo en el que los padres se responsabilizaban de que el niño completara las tareas asignadas y de motivarlos, con un grupo en el que era mayor la responsabilidad del niño. Durante el periodo de intervención ambos grupos perdieron peso, sin embargo hubo una tendencia a ganar peso posteriormente sin diferencias estadísticas entre ambos grupos (Glenny et al, 1997).

Brownell et al, (1983 en Glenny et al, 1997), realizaron un estudio comparando los resultados según el nivel de involucramiento de la madre, en un grupo asistieron madre e hijo (a) a sesiones de terapia conjuntamente, en otro grupo, las madres tenían sesiones de terapia por separado y otro grupo más únicamente el niño (a) asistía a terapia. Los resultados mostraron que después de una año de seguimiento el grupo en el que la madre e hijo(a) asistían separadamente a terapia mantuvo una pérdida de peso de 7.7 Kg en contraste con los otros dos grupos que ganaron peso.

Braet y Van Winckel (2000) diseñaron un **programa de modificación de conducta** para ayudar a niños a cambiar su estilo de vida, aumentar sus habilidades de autorregulación y habilidades específicas de solución de problemas en diferentes situaciones de comida. Se compararon tres grupos con tratamiento cognitivo-conductual, terapia grupal, terapia individual y grupo de campamento de verano contra un grupo que solo recibió una sesión de sugerencias. El tratamiento consistió en tres fases: 1) estrategias cognitivo-conductuales que consistían en la revisión de los hábitos alimenticios, estrategias de autorregulación como: autoobservación, autoinstrucción y autoevaluación; se incluyeron técnicas de afrontamiento. Los padres se involucraban en el tratamiento, las tareas asignadas a éstos eran que no debían reforzar los cambios de peso, pero si los medios para hacerlo; reforzar con actividades lúdicas y brindando atención como reforzador social, proporcionaban bono por alcanzar el control de peso más que por la pérdida de éste. 2) Educación sobre balance energético, principios para adquirir estilos de vida saludables, ejercicio aeróbico diario y principios sobre hábitos de alimentación. 3) Motivación, cada participante organizó su programa con las actividades que podían realizar, eligiendo sus alimentos favoritos y aquellos que no eran saludables. El programa tenía un periodo de línea base en el que se obtuvieron las medidas antropométricas, medidas psicológicas y evaluación de conductas de alimentación de cada participante; cuatro años después se realizaron las mismas evaluaciones. Los datos de 109 participantes después del periodo de cuatro años indican que 72 sujetos no mostraron incremento en el porcentaje de sobrepeso, que no quiere decir que hubieran quedado delgados. En este estudio

18% de los niños dejaron de ser obesos (<20% de sobrepeso) y el 29% de los participantes se catalogaron con obesidad moderada (20 al 40% de sobrepeso). Los niños obesos mostraron una media de reducción de 11%. Los que mejores resultados obtuvieron fueron los grupos de terapia individual y grupal. El grupo que estuvo diez días de verano en el campo mantuvieron buenos resultados hasta un año, en esta forma de intervención fue notable un pequeño aumento de peso, mientras que el grupo que solo recibió consejos tuvo la reducción de peso más baja (6%). Con este estudio se demostró que además de la reducción de peso se logró el cambio en estilos de comer, la mayoría de los participantes reportaron que después del tratamiento sólo comían algunas veces, aumentaron la restricción de comida y disminuyeron el comer fuera de casa.

3.3.2 TÉCNICA PSICOANALÍTICA.

Es un enfoque terapéutico que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios), de un individuo; este método se basa principalmente en las asociaciones libres, que garantizan la validez de la interpretación y que permite proporcionar al paciente el conocimiento de los conflictos inconscientes que afectan su comportamiento y sus emociones (Laplanche y Pontalis, 1987).

Los psicoanalistas consideran la obesidad como la representación somática de conflictos emocionales. Bruch (1969) opina que las personas obesas experimentan poco afecto de las personas que los rodean en particular de la figura materna, que por otro lado es proveedora de comidas engordantes como lo menciona Alperovich (1988), este autor agrega: "Los signos y síntomas clínicos, así como los factores patogénicos de la obesidad pueden comprenderse como símbolos de relaciones de objeto precoces, habituales y características con sus padres que se reeditan y perpetúan en vínculos actuales; como si los factores biográficos se expresaran en comportamientos obesígenos y adiposidad o como si estos fueran símbolos de aquellos".

Es raro que los psicoanalistas traten la obesidad como principal objetivo, ellos no son "dietistas"; los pacientes obesos se aceptan con el entendimiento de que la terapia se centrará en los conflictos psíquicos más que en el peso. Según Bruch (1969) en lo que se centra el análisis con pacientes obesos no es sólo en un conflicto ni en el contenido motivacional, pero si algo de la manera de acercarse tanto a ellos como a sus vidas, ellos experimentan una sensación de control poco efectivo de sus cuerpos y sus funciones; además desconfían de sus sentimientos, pensamientos, se sienten inseguros y confundidos en entender la conducta de los demás, parece que adquieren insight pero muestran aceptación pasiva hacia el terapeuta. La situación analítica se vuelve en ciertos aspectos como reescenificación de patrones transaccionales que se extiende en toda su vida; Bruch menciona que en su trabajo con estos pacientes solía analizar oportunamente y apropiadamente las manifestaciones de transferencia, pero permanecía sin ningún efecto tal y como cualquier otra interpretación que surgía en esa atmósfera de autodesconfianza básica.

3.3.2.1 INVESTIGACIÓN CON TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO.

Rand y Stunkard (1978) elaboraron un estudio con la colaboración de psicoanalistas de la Academia Americana de Psicoanálisis que tenían pacientes obesos en terapia. A los analistas se les envió un cuestionario detallado para cada uno de sus pacientes, la edad de los participantes oscilaba entre los 18 y 50 años, se contó con un grupo control, con la edad aproximada, pero sin problemas de peso. La muestra estaba conformada por 84 pacientes con problemas de sobrepeso y 63 con peso normal; fueron más mujeres que hombres, las mujeres tenían un 47% de sobrepeso, mientras que los hombres 42% de sobrepeso. Los pacientes obesos no entraron a tratamiento psicoanalítico como parte de un esfuerzo para bajar de peso; sólo el 6% de los participantes plantearon el peso como la principal queja. El 60% tanto de obesos como de no obesos plateaban la depresión y ansiedad como su principal problema. El propósito de este estudio era analizar el progreso de los pacientes en tratamiento, cambios de peso durante éste, la

relación entre el acto de comer y el peso. En aquellos pacientes en los que la obesidad estaba relacionada, de alguna forma, con problemas emocionales se esperaba que la pérdida de peso estuviera acompañada de la solución de éstos. Para determinar el progreso se realizaron dos evaluaciones; al tiempo de la primera evaluación los pacientes tenían una media de 31 meses de estar en terapia y para la segunda medición la media de tiempo de terapia fue de 42 meses; el intervalo, entre la primera y segunda aplicación, fue de 18 meses.

En la primera evaluación el 80% de los pacientes reportaron haber progresando satisfactoriamente; después de 18 meses el 83% reportó haber mejorado en sus problemas de ansiedad y depresión. La media de pérdida de peso en la primera evaluación fue de 4.5 ± 10.8 kilogramos (53% perdió más de 4.5kg, 26% más de 9kg y el 8% más de 18kg); la media de pérdida de peso incrementó a 9.5 ± 14.1 kilogramos después de 18 meses (47% de los pacientes obesos perdieron más de 9kg y el 19% más de 18kg). Rand (en Wolman, 1982) en una segunda publicación que hace del estudio menciona que, a pesar de que el peso no fue problema primordial de los pacientes obesos, se encontró que con mayor frecuencia se trató la psicodinámica de temas como la comida, el acto comer y obesidad en los pacientes obesos que en los no obesos. En la mayoría de los pacientes la comida tenía un gran impacto en el desarrollo emocional y social de los obesos que en los no obesos, por ejemplo, la comida se daba como recompensa de buena conducta, también tenía un papel dinámico en la relación padres-hijos. Algunos pacientes reportaron haber usado la obesidad durante la infancia como un medio de obtener atención, buscar independencia y evitar interacción social.

Rowland (1985) en su artículo titulado "comer compulsivo y depresión" presenta tres casos de pacientes obesos. El primero es de un hombre de 189kg que acudió a psicoterapia de orientación tres veces por semana durante tres años. El tratamiento tomó la vertiente de que el paciente controlara su ingesta y que estableciera relaciones interpersonales, particularmente con las mujeres; Rowland menciona que al inicio de la psicoterapia era claro que todo lo que el paciente percibía como sensaciones internas se relacionaban con la comida. Hasta el momento en el que el paciente fue capaz de experimentar una gran variedad de

necesidades con exactitud pudo reducir 103kg y contraer matrimonio; sin embargo, sufrió considerablemente al tener que renunciar a comer y perder peso, como Stunkard describe -depresión por dieta.

El segundo caso es el de una mujer de 180kg que estuvo en psicoterapia una vez por semana durante dos años. En las sesiones se exploró el significado de comer y se trabajó sobre su tolerancia a la tristeza y a la furia. La paciente logró discriminar cuales eran sus sentimientos hacia la gente y vivir así menos limitada, pero su peso no se modificó. Por ultimo el caso de un hombre de 162kg que acudió a psicoterapia por haber llegado a ese peso; tenía una historia de maltrato y sobrealimentación desde la infancia, se le encontró fuera de contacto con los sentimientos de amor y agresión, compensaba sus afectos depresivos con comida. Este paciente perdió 22.5kg en ocho meses de psicoterapia.

Rowland remarca que los sentimientos contratrasferenciales que se evocan en el tratamiento de este tipo de personas recuerda las propias relaciones infantiles con adultos y evocan sentimientos de ayuda. Este autor describe un sentimiento primitivo de horror que surge en los médicos como: el paciente es fuerte y su enojo debe ser evitado; el paciente come tanto como él quiere y la tendencia regresiva debe ser evitada; el paciente es inmenso en su inteligencia y más en lo sexual, será más poderoso que el médico y éste debe evitarlo; se desprende un sentimiento contradictorio de menosprecio y devaluación cuando el médico piensa que no debería perder su tiempo.

La primera tarea, menciona Rowland, es trabajar sobre la propia reticencia a tratar estos pacientes. La impresión general del autor fue que los pacientes obesos tienen una incapacidad para percibir correctamente y enfrentar efectivamente sus estados de sentimientos incómodos, particularmente la depresión. Enfatiza la importancia para estos pacientes de la respuesta primaria al exterior y no a los estímulos internos. Ellos tienden a la acción y tienen una seria dificultad para diferir o postergar la gratificación.

Zierold (1993), en su trabajo de tesis titulado "Modelo de intervención psicoanalítico psicodinámico en el tratamiento de pacientes obesas", aplicó a 41 mujeres obesas y un grupo control, el Inventario Multifásico de la Personalidad

(MMPI), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y tuvieron 30 sesiones de psicoterapia, al final de este periodo a las participantes se les realizó un postest. En cuanto a las sesiones de psicoterapia el contenido expresado en estas se analizó con base a las categorías psicodinámicas como: aislamiento, depresión, dificultades con la sexualidad, autoagresión y trastornos en el esquema corporal. El propósito de esta investigación era determinar en primer lugar el perfil de personalidad de las pacientes obesas; en segundo lugar si a partir del modelo de intervención psicoanalítico los niveles de ansiedad se reducen y, por último, si aquellas que reducen los niveles de ansiedad bajan de peso. Los resultados del MMPI arrojaron que las personas obesas tienden a ser personas con fuertes descargas impulsivas, agresivas y destructivas; la agresión se manifestó en forma de conductas autoagresivas comiendo en forma excesiva sin aceptar la responsabilidad con ellas mismas y los riesgos contra la salud, son personas capaces de experimentar emociones profundas. Las fantasías más frecuentes destacadas en las sesiones de psicoterapia estuvieron relacionadas con alteraciones de la imagen corporal.

En relación al análisis de las categorías psicodinámicas, se encontró que las pacientes obesas mejoraron en estas, reflejándose en su interés por nuevas actividades, como cursos, ejercicio, interés por establecer relaciones interpersonales, mejoraron en sus relaciones familiares, hicieron consciente su autoagresión y tuvieron cambios en cuanto a su imagen corporal, comenzaron a preocuparse por la ropa y arreglo personal. En los resultados del postest sobre ansiedad, tanto el grupo control como el grupo de psicoterapia no mostraron diferencias significativas; hubo disminución de los niveles de ansiedad en ambos grupos pero no en grados notables. Los pacientes que estuvieron en psicoterapia disminuyeron notablemente de peso y las del grupo control sólo en porcentajes no significativos.

3.4 TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.

El papel de la farmacología para el tratamiento de la obesidad es un tema controvertido actualmente existen una gran variedad de medicamentos, pero existen aún dudas sobre cual sería el medicamento ideal, qué pacientes son los que responden mejor a este tratamiento; además de las barreras para el uso de la medicación: como la concepción social de que la obesidad es el resultado de la falta de voluntad y glotonería, por lo que la solución supuestamente está en la voluntad de quien la padece; las expectativas del cuerpo de profesionales de la salud en que los medicamentos deberían de curarla; la falta de información para emitir una opinión sobre este tratamiento por parte de los profesionales de la salud; escasos recursos para la investigación en este tema y por lo tanto pocos estudios para determinar la eficacia y seguridad de los medicamentos (Braguinsky, 1996).

Guy-Grand (en Braguinsky, 1996) propone una guía con los criterios de orientación para la elección de pacientes al tratamiento farmacológico, que incluyen criterios mayores y menores: (Tabla 3)

Tabla 3.

Criterios para la selección de pacientes para farmacoterapia

Elementos mayores	Elementos menores
a) más del 25% de exceso de peso	a) poco hábito de gasto de energía
b) obesidad visceral	b) familiares obesos
c) obesidad de larga evolución	c) alto ingreso calórico
d) diabetes	d) fracasos previos
e) grasas altas en sangre	e) hiperfagia
f) hipertensión arterial	f) pica o conductas compulsivas
g) ansiedad significativa	

Se aconseja la terapia farmacológica cuando se reúnen dos criterios mayores, o uno mayor y dos menores, o sólo cuatro menores.

La indicación de una tratamiento farmacológico en la obesidad debe tratar al individuo obeso y no sólo el exceso de peso; adecuarse al riesgo, obesidades mórbidas si requieren de tratamiento, mientras que sobrepesos menores deberían evitarlo y, tenerse en cuenta que, el riesgo de la medicación prescrita no debe sumarse o superar al que previamente tenía el paciente.

Debido al carácter multifactorial de la obesidad hay que tener en cuenta que ningún fármaco puede contrarrestar todos los mecanismos de esta patología, de aquí que no hay un fármaco ideal en este caso. Son varias las acciones farmacológicas que se persiguen en el tratamiento de la obesidad (Braguinsky, 1996; Uriarte, 2002; Diccionario PLM, 2002):

Medicamentos ansiolíticos.

Generalmente benzodiacepinas para disminuir el mecanismo de la angustia como uno de los orígenes de la ingesta excesiva. Deben evitarse los neurolépticos, o tranquilizantes mayores, pues todas sus familias inducen el aumento de peso, estimulan el apetito y promueven la resistencia a la insulina.

Medicamentos anorexígenos.

Son los medicamentos más importantes en el tratamiento de la obesidad, se pueden dividir en inhibidores del apetito y los que producen saciedad. Dentro de los primeros están los derivados feniletilamínicos, o sea medicamentos que actúan como catecolaminas, el más antiguo es el **mazindol** (Dietet ®). Los inhibidores del apetito son los que actúan a nivel central y están directamente relacionados con los neurotransmisores cerebrales; se ha descrito un síndrome de afagia, similar a la destrucción del hipotálamo lateral, que se desarrolla con el uso de la **d-anfetamina** que inhibe hasta en un 80% la ingesta en ratas a las que se les inyecta en la región del perifornix. Estos medicamentos también tienen una discreta acción periférica que se asocia poco a la pérdida de peso, se refiere a cierto aumento del transporte de la glucosa al interior del músculo, aumento de la termogénesis,

aumento de niveles de la hormona tiroidea y aumento del metabolismo en general. Un nuevo medicamento inhibidor del apetito es la **sibutramina** (Reductil ©), que actúa como un inhibidor de la recaptura presináptica de noradrenalina y serotonina, que comprobó ser eficaz en el tratamiento de la obesidad.

Los medicamentos que actúan sobre la saciedad pertenecen al grupo de los serotoninérgicos (que actúan como la serotonina); a semejanza de la sibutramina, estas sustancias también inhiben la recaptura del neurotransmisor. En el caso de la serotonina varios estudios la relacionan con la saciedad y con la conducta compulsiva (Blundell, 1991; citado por Braguinsky, 1996). El medicamento **fenfluramina** ha demostrado tener una acción contra la obesidad relacionada con los efectos anorexígenos semejantes a otros inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como la **fluoxetina** (Prozac©), pero además parece inducir la liberación de hormona de crecimiento, reduce el apetito por los hidratos de carbono y disminuye el metabolismo de reposo durante dietas bajas en calorías.

La fluoxetina es un medicamento que se utiliza como antidepresivo, también es un ISRS, ha mostrado una acción contra la obesidad disminuyendo de peso a quienes la toman, inicialmente por su efecto colateral de náusea, después por su efecto anticomulsivo, que incluso los propuso como un tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo. Otros ISRS, como al **sertralina** (Altruline©) y la **fluvoxamina** (Luvon©), tienen un efecto semejante.

Medicamentos que actúan en el intestino.

Otro tipo de drogas son aquellas que interfieren con los procesos intestinales de aprovechamiento de los nutrientes. Existen los inhibidores de la degradación de los carbohidratos complejos (almidones) haciéndolos no absorbibles, ejemplos son los **inhibidores de la enzima alfa-amilasa**, el problema es que no son muy efectivos y fomentan malestares abdominales como la distensión por exceso de fermentación de los azúcares. Los inhibidores de la lipasa pancreática (**orlistat**, Xenical©) reducen la absorción de la grasa porque esta enzima ayuda a degradarlas en lípidos de tamaño pequeño y, al estar ausente, provoca la salida de las grasas enteras por las heces. El **olestra** es una mezcla de azúcares y ácidos

grasos de cadena larga que también funcionan impidiendo la absorción normal de grasas y colesterol aunque también las vitaminas liposolubles lo cual puede ser peligroso. Las fibras son agentes que actúan sobre los productos nutricionales y ejercen así una acción moduladora, no son fármacos.

Las fibras más comunes y efectivas son la **pectina**, los **glucomananos** y la **goma guar**; los mecanismos serían:

- a) En la cantidad de alimentos que se ingieren. Al mezclarse con los alimentos reducen la cantidad de nutrientes aprovechables y requieren grandes cantidades de líquidos a la hora de comerlos.
- b) La reducción de la absorción de los nutrientes. Al mezclarse con los alimentos pueden impedir su absorción y modificar el tránsito por el intestino.
- c) La alteración de la utilización metabólica de los alimentos. Su presencia en el intestino modifica la secreción de enzimas y hormonas impidiendo la degradación habitual de los alimentos.

Medicamentos que actúan a nivel metabólico.

El organismo tiene la posibilidad de aumentar el calor dependiendo de las circunstancias en las que se encuentre, a esta facultad se le llama: termogénesis. En el ser humano la termogénesis depende de la acción muscular y se desarrolla frente a los estímulos de sobrealimentación y exposición al frío. En los obesos durante el periodo de restricción alimentaria puede producirse una disminución compensatoria del calor corporal, sería en estos casos cuando estarían indicados medicamentos termogénicos; de los más utilizados es la **cafeína** en combinación con la **efedrina** (acción sobre el sistema simpático). Otros son las **hormonas tiroideas** (T3 y T4).

Tabla 4.
Medicamentos en el tratamiento de la obesidad (nombres genéricos)

ANSIOLÍTICOS	ANOREXIGENOS	ACCIÓN INTESTINAL	ACCIÓN METABÓLICA
Diazepam	Mazindol	Orlistat	Cafeína
Clonazepam	Feproporex	Goma guar	Efedrina
Alprazolam	Anfepramona	Konjac polvo	Hormonas tiroideas
Lorazepam	Fentermina	Glucomanano	
Bromazepam	Sibutramina		
	Fenfluramina		
	Fluoxetina		
	Sertralina		
	Fluvoxamina		
	Pseudoefedrina		

3.5 TRATAMIENTOS DE RESTRICCIÓN ALIMENTARIA.

Este tipo de tratamientos se basan en la teoría fisiológica que expone, como el origen de la obesidad, un desequilibrio energético entre la ingesta calórica y el gasto. Por esto, su enfoque, aunque clásicamente ha sido de restricción en las calorías de la dieta, es hoy en día el de balancear la ingesta y el gasto. Algunos programas incluyen planes de alimentación y planes de ejercicio.

Los lineamientos generales de los tratamientos sobre el balance metabólico recomiendan (Campollo, 1995):

- o Disminuir 0.5 Kg. de peso por semana, con base en un déficit de alrededor de 500 Kcal. al día y nunca más de 1.5 Kg. por semana.
- o Personalizar el régimen en correspondencia al metabolismo basal y los requerimientos de actividad.
- o Tomar en cuenta preferencias y hábitos del paciente.

- o Calcular la dieta sobre un 50% de carbohidratos, de un 15 a 20% de proteínas y menos de 30% de lípidos.
- o Disminuir la cantidad de grasa o alimentos altamente energéticos (cerdo, embutidos, pasteles, chocolates, etc.).
- o Calcular de 1 a 1.5 g. de proteínas por Kg. de peso corporal

Kaufer (1995) hace una revisión de algunas de las dietas más difundidas y que han tenido gran prestigio a pesar de que carecen de comprobación científica (en cuadernos de nutrición, 1995).

❖ *Dieta de toronja: (Dieta de la Clínica Mayo)*

En esta dieta se recomienda la ingestión de toronja o de jugo de toronja en cada comida, acompañada de cantidades ilimitadas de carne, pescado y huevos. Quedan restringidas los de hidratos de carbono, sin especificar preferencia por los simples (azúcares) o por los complejos (almidones).

❖ *Dieta de Dr. Atkins.*

Según el doctor Atkins los problemas de peso son el resultado de una supuesta incapacidad del cuerpo para metabolizar de manera adecuada los hidratos de carbono. Se recomienda un consumo ilimitado de lípidos y proteínas; se restringe, de manera severa, la ingestión de hidratos de carbono. Por lo general los menús son rígidos y no permiten modificaciones. Las selecciones son muy restringidas y no se especifica el tamaño de las raciones. Entre los alimentos que están permitidos se encuentran la mantequilla, aceite, carne (incluyendo la de cerdo), huevos, queso y crema.

❖ *Dieta de arroz de Kempner*

Se trata de una dieta a base de arroz y de frutas, por lo tanto alta en hidratos de carbono y muy baja en proteínas y sodio, que en un principio se desarrolló para pacientes con enfermedades renales e hipertensión.

❖ *Uso de algas, lecitina, vinagre de sidra y vitamina B6.*

Las algas, fuentes naturales de yodo, ayudan a aumentar la síntesis de las hormonas tiroideas. Debido a que estas son estimulantes del metabolismo, el

tener un consumo mayor de yodo -a través de la ingestión de algas marinas- cualquier persona puede aumentar la tasa del metabolismo basal y así quemar parte de la energía almacenada.

La función de la lecitina, en esta dieta, es ayudar a disolver la grasa almacenada, y hacerla más disponible. El vinagre se recomienda para aumentar la cantidad de potasio, y ya que el aceite y el vinagre no se mezclan, se cree que el vinagre puede ganar la partida a los aceites eliminándolos. En cuanto a la vitamina B6 se menciona su supuesto papel en el metabolismo de los lípidos, que al administrarse en cantidades mayores a las recomendadas puede aumentar el uso de los lípidos como fuente de energía, pero esta vitamina interviene en el metabolismo de los aminoácidos y no de los lípidos. Cuando se ha encontrado pérdida de peso con estas dietas es debido a la restricción energética y no a las sustancias recomendadas.

❖ *Dieta de la fructuosa*

La fructuosa es un hidrato de carbono simple (azúcar) que se encuentra de manera natural en las frutas, se promueve que las dietas basadas en fructuosa reducen el estrés del hambre y facilitan que el obeso se apegue al tratamiento hipoenergético. En estas dietas se restringen los hidratos de carbono y se prescribe, la ingestión antes de cada comida y entre comidas de, una determinada cantidad de fructuosa ya sea en tabletas, en forma granulada o en jarabe. La fructuosa, si se toma antes de los alimentos, supuestamente reduce el hambre durante la comida por lo que la persona tenderá a comer menos. Se menciona que parte del peso perdido es líquido no deseado, pero no se menciona que este peso se recupera al abandonar la dieta. La reducción de peso que se logra se debe al bajo contenido de energía y no en la magia de la fructuosa.

❖ *Dietas ricas en fibras.*

Entre estas está la del Dr. David Reuben que consiste en agregar media taza de salvado de trigo a la dieta para bajar de peso. Otras variantes de esta dieta agregan la fibra en forma de comprimidos que se degluten con agua. Se recomiendan las fibras por sus propiedades hidrofílicas, las cuales distienden el

tracto gastrointestinal y producen una sensación de plenitud. La fibra acelera el tránsito del alimento a través del tracto gastrointestinal y por lo tanto se argumenta que la eficacia de absorción es menor, pues el alimento pasa menos tiempo en la superficie de absorción del intestino delgado.

❖ *Dieta de Cambridge.*

Se basa en un producto en polvo que se mezcla con agua y representa la única fuente de nutrimento durante el día. El polvo está formado por proteína de alto valor biológico, algo de hidratos de carbono, vitaminas, nutrimentos inorgánicos y cantidades limitadas de lípidos (ver agentes de acción intestinal en la sección de tratamiento farmacológico).

❖ *Ayuno.*

El único alimento es agua, los promotores de esta dieta insisten en que el ayuno puede ayudar a quitar el hambre. El ayuno durante periodos cortos se justifica en pacientes con obesidad extrema; esta dieta debe seguirse sólo bajo la más estricta supervisión médica.

❖ *Dieta de licuados de plátano.*

En esta dieta se ingieren seis plátanos y tres vasos de leche al día. En un principio se diseñó para el uso de pacientes con diabetes, pero debido a que proporciona menos de mil kilocalorías al día se comenzó a usar como dieta para la reducción de peso. Como toda dieta basada en un solo alimento es monótona y aburrida.

❖ *Dieta del Dr. Stillman para perder pulgadas.*

Se trata de una dieta alta en hidratos de carbono y baja en proteína, se prohíbe rotundamente el consumo de carnes, pescado, aves y lácteos; si la dieta se sigue con rigor se puede perder peso en zonas localizadas, es decir, bajar de medidas.

❖ *Las calorías no cuentan.*

Consiste en una dieta baja en hidratos de carbono, que sostiene que, con el consumo de cantidades adecuadas de ácidos grasos poliinsaturados, en forma de cápsulas de aceite de cártamo o margarina, se estimula la lipólisis para que las grasas se quemen con mayor velocidad.

❖ *Dietas vegetarianas.*

Se tiene una idea errónea de que las dietas ricas en vegetales promueven la pérdida de peso, pero esto sólo ocurre en caso de que la ingestión de energía sea inferior al gasto. La dieta vegetariana no es sinónimo de dieta hipoenergética. Existe una gran gama de dietas vegetarianas, desde las hipoenergéticas a las hiperenergéticas, éstas últimas pueden promover la ganancia de peso. El secreto está en elegir dietas equilibradas y adecuadas para el manejo de la obesidad.

❖ *Dieta de la luna*

El secreto de esta dieta es llevarla a cabo sólo un día al inicio de una determinada fase de la luna (generalmente luna nueva), quienes la promueven se basan en un sofisma: que como la luna tiene influencia sobre las mareas, esto conduce al misterio de que la luna logre la ansiada pérdida de peso, pero sin ninguna prueba y sin ninguna lógica existente.

En seguida se citarán algunos ejemplos de dietas que aparecen en revistas comerciales "especializadas" en dietas:

❖ *Dieta higiénica* (para bajar hasta 5 kilogramos en dos semanas).

Dieta basada en la medicina naturista y elaborada por el científico estadounidense Herbert Shelton en 1951. El principio de la dieta higiénica es tener una alimentación balanceada para lograr adelgazar, además de seguir tres reglas básicas: a) combinar correctamente los alimentos, esto es, las frutas sólo se combinan con frutas, todas se pueden mezclar con excepción de la piña, la naranja, mandarina, mango, melón y sandía, que pueden consumirse por separado. Las proteínas no se combinan con los carbohidratos; las carnes, pescados, mariscos, aves, huevos y lácteos no se deben mezclar con el arroz, maíz, cereales, pan, pasas, papas y otras raíces. En esta dieta están prohibidos los guisados que combinan los grupos de alimentos, por ejemplo, carne con un derivado de leche. b) Comer a la hora correcta, se recomienda que se ingieran alimentos en el horario comprendido de las 12 a las 20 hr.; de las 20 a las 4 hr. no es un periodo recomendable ya que es el periodo de asimilación, cuando el

organismo está metabolizando y digiriendo los nutrientes, y de las 4 a las 12 hr. es la fase de limpieza de los residuos y toxinas, es mejor tomar líquidos y comer frutas en este período. e) Por último, comer alimentos crudos, según esta dieta durante el proceso de cocción los alimentos pierden agua y nutrientes los cuales son importantes para el organismo en el proceso de desintoxicación. Se debe evitar el consumo de carnes procesadas y enlatadas ya que los aditivos químicos intervienen en el proceso de desintoxicación y retardan los resultados de la dieta.

En esta dieta están planeados los menús de las tres comidas al día para dos semanas y media, se sugiere que para desintoxicar el organismo se siga el menú del octavo y del decimoséptimo día, si se desea bajar realmente los cinco kilos se debe seguir la dieta completa. Los menús del 8º y 17º día son:

OCTAVO DÍA, LÍQUIDOS.

8 hr. Un vaso (250ml) de jugo de toronja.

10hr. Un vaso (250ml) de jugo de naranja y pera.

12hr. Un cucharón y medio de caldo de pollo.

14hr. Un vaso (250ml) de jugo de zanahoria, betabel, jitomate y apio.

16hr. Agua de coco.

18hr. Un vaso de (250ml) de jugo de naranja y durazno.

20hr. Un cucharón y medio de sopa de legumbres.

DECIMOSEPTIMO DÍA, ALIMENTACIÓN CRUDA.

Desayuno.

Un vaso (250ml) de naranja y plátano.

Almuerzo.

Ensalada cruda de lechuga, zanahoria, rábanos, pepinos y ramitas de alfalfa.

Bocado.

Jugo de naranja y un cuarto de papaya.

Comida.

Un durazno, una pera, 10 uvas, 1 guayaba y 1 mandarina

Cena

Medio melón maduro.

❖ *Dieta de reducción de peso.*

Son menús para siete días, en la comida y la cena se incluyen alimentos variados, proteínas, grasas, hidratos de carbono, pero lo único que no se debe alterar en los siete días es el desayuno para lograr una pérdida de peso aproximadamente de 5 a 6 kilogramos; consiste en:

½ Taza de cereal rico en fibra.

½ Taza de leche descremada.

½ Taza de ración de fruta(plátano, manzana, melón, durazno)

café o té

❖ *Dieta de sopa de col.*

Esta dieta propone una pérdida de entre 4 y 6 kilos en siete días. Se basa en comer una sopa que contiene cantidades insignificantes de calorías; la cantidad de sopa que se ingiera es la cantidad de kilos que se bajan. Si la dieta se sigue correctamente el organismo se limpiará de impurezas, además de la pérdida de peso la acompaña una sensación de bienestar, se debe evitar el alcohol, pan y bebidas carbonatadas. La dieta está diseñada para siete días, los alimentos que se consumen cada día se van variando, van desde empezar sólo con fruta, café o té sin azúcar, otro día se puede comer carne pero no fruta, pero todos los días se debe comer lo más que se pueda sopa de col. (www.aboutcabbagesoupdiet.com).

❖ *Dieta mediterránea*

Si no se abusa de las cantidades, la dieta tradicional de los países mediterráneos es un medio excelente para vivir muchos años con salud. Es una dieta de 1600 cal para perder peso en una semana. El siguiente menú no tiene carencias de ningún nutriente importante y permite perder peso de forma progresiva, no muy rápida pero sí segura.

En los desayunos se propone alternar 60g de cereales, un yogurt con 30g de pan integral, 75g de queso fresco y todas las mañanas una ración de fruta fresca. A media mañana una colación generalmente de jugos o caldo de vegetales. En la comida alternar porciones de lechuga, zanahoria, cebolla y apio con aceite de oliva y limón con jugos de frutas como primer plato; como

segundo plato macarrones con champiñones, ejotes con papas y cebolla o 100g de alubias con acelgas; como tercer plato, pequeños filetes de atún o pechugas de pollo o paella de arroz con mariscos y verduras. De postre compota de manzana, queso fresco o fruta. Como merienda una ración de fruta fresca para finalizar, con una cena de jugos de zanahoria y apio, berenjenas asadas, ensaladas, sopa de calabaza y fideos, merluza a la plancha, pequeñas porciones de pavo deshuesado, jamón salado o tortilla de papa y cebolla. Los complementos de la alimentación son el aceite de oliva extravirgen, tres o cuatro cucharaditas repartidas entre las comidas, miel de forma moderada, sal y café. Los alimentos se varían en el transcurso de la semana.

3.6 ACTIVIDAD FÍSICA.

Debemos comprender, aunque sea de manera básica y somera, los mecanismos del gasto de energía en la actividad corporal. Cualquier actividad en el cuerpo humano implica un gasto de energía, la energía utilizada requiere de un sustrato para disponer de ella, estos son los nutrientes que ingerimos. La molécula básica para disponer de energía se llama Adenosín Trifosfato (ATP), al degradarse sede la energía (medida en calorías) para desplazar otros enlaces químicos que son las tareas que vemos desarrollarse en cada uno de nuestros órganos, desde la despolarización de una neurona hasta la contracción de una fibra muscular. En este caso la perspectiva será desde la actividad muscular. Tres son las vías de producción de ATP, la primera de muy corta duración (8-10seg) son las reservas de fosfatos que tienen los tejidos y que permiten la recuperación del ATP. La segunda es la del ácido láctico, que utiliza la glucosa disponible en el músculo y que dura los siguientes 1.3 a 1.6 m. de actividad muscular y, finalmente, el sistema aerobio que utiliza no solamente la glucosa sino además la grasa a través de sus elementos básicos, llamados ácidos grasos, y que puede durar un tiempo indefinido mientras haya sustrato disponible.

El sistema aeróbico, como su nombre lo dice, utiliza el oxígeno para su funcionamiento, aunque el sistema de glucosa-ácido láctico requiere en su último paso también de oxígeno. Mediante la oxidación de los ácidos grasos se obtienen enormes cantidades de ATP, pero el tiempo necesario para echar andar este mecanismo es de varios minutos de actividad física continua. Si el tiempo de la actividad muscular es más breve sólo se utilizará la energía obtenida de los dos mecanismos que no usan grasa y oxígeno (reservas de fosfatos y glucosa-ácido láctico), a menos que sean repetitivos y acumulen una deuda de energía que requiera que se eche andar el mecanismo aeróbico.

Aunque, en teoría, es posible disminuir la grasa corporal con actividad física esta conducta es de difícil aceptación y requiere de que no se ingieran mayores cantidades de alimentos que impidan la utilización de los sustratos energéticos corporales (Guyton y Hall, 1996).

La adherencia a la actividad física, junto con otras conductas relacionadas con la salud, está influenciada por el contexto social y familiar. Según Fainholz, Braguinsky, Marckmann y Krotkiewski (en Braguinsky, 1996) se deben tener en cuenta varios elementos antes de que se implemente un programa de ejercicio como:

- Solicitud de examen clínico, estudios de laboratorio y examen cardiológico.
- El programa de ejercicios tiene que ser atractivo, practicable y aceptable.
- Adecuar el trabajo físico al paciente, reconociendo las diferencias individuales dadas por la forma clínica de la obesidad, cuantía del exceso de grasa, historia personal, características personales, etc.
- Tipos de ejercicios que se prescribirán.
- Mecanismos para lograr una mayor adherencia.
- Prevención de recaídas o deserción.

Las actividades que se elijan deberán ser principalmente aeróbicas entre las que figuran la caminata, marcha-trote, trote aeróbico, bicicleta, bicicleta fija, natación; lo más recomendable es que la actividad se realice diariamente, es decir, cinco veces a la semana. La marcha-trote es el periodo previo a tomar el trote

aeróbico como actividad central y consiste en intercalar la caminata con ciertos trechos en los que el paciente trotea, que progresivamente se prolongan en tiempo y distancia. El trote aeróbico (jogging) es la actividad más indicada para las personas con sobrepeso, restringiendo su aplicación para la obesidad extrema, el propósito es trotar, con soltura, de 40 a 45 minutos y recorrer en este tiempo de 5 a 6 kilómetros.

La actividad aeróbica debe incluir las siguientes etapas:

- Calentamiento. 10min de varios ejercicios de flexiones, saltos, etc.
- Marcha-trote aeróbico.
- Fortalecimiento muscular. 10 minutos de ejercicios abdominales y musculatura dorsal.
- Relajamiento.

3.7 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Según Garrido (en Braguinsky, 1996) la indicación del tratamiento quirúrgico de la obesidad debe basarse en el análisis de múltiples aspectos clínicos del paciente:

- Presencia de complicaciones, como el síndrome de apnea de sueño, dificultades de la locomoción, la higiene y desajuste social.
- Enfermedades asociadas a las que la obesidad agrava como diabetes, hipertensión arterial, angina de pecho e hiperlipidemia.
- Persistencia durante 5 años de 45kg o más sobre el peso ideal para la edad.
- Altura y sexo, o índices de masa corporal (IMC) de 40 o más.
- Fracaso de tentativas de adelgazamiento por otros métodos bien dirigidos por un lapso no inferior a los tres años.
- Ausencia de causas endocrinas de obesidad (hipotiroidismo, hipopituitarismo, síndrome de Cushing).
- Evaluación favorable de las probabilidades del paciente de tolerar las alteraciones de hábitos y cambios somáticos resultantes de la operación.

- Conciencia plena y acuerdo con los eventuales riesgos y molestias consecutivos al acto quirúrgico, en especial los primeros meses después de la operación.
- Disponibilidad de un equipo multidisciplinario familiarizado con el problema.

La cirugía para la obesidad ha tenido dos etapas importantes, la primera corresponde a todas las técnicas que se realizaban seccionando el intestino y que influían sobre la absorción, por lo que fueron llamadas "técnicas absortivas", las más representativas son las realizadas en 1950 y 1960. Yayne y Lewis trabajaron con la derivación yeyuno-ileal y la yeyuno-cólica; Salmon realizó el drenaje de intestino y Scopinaro en 1976 la derivación pancreato-biliar (Aragón, 1999)

En 1966, Edward Eaton Mason llevó a cabo la primera operación de reducción y restricción de la capacidad gástrica estableciendo con esto la segunda etapa en la cirugía bariátrica que se llaman "técnicas restrictivas"; hizo una sección de fundus gástrico dejando aproximadamente el 10% del estómago, formó una bolsa gástrica pequeña y la unió a una asa de yeyuno. Esta primera operación inauguró la era de la cirugía moderna; poco tiempo después hizo una bolsa más pequeña, de 60ml para evitar el reflujo biliar y una unión en Y de Roux (derivación en Y de Roux de Mason). A partir de esto comenzó el desarrollo de un gran número de técnicas quirúrgicas con las que se mostró la imaginación de los cirujanos y el afán de lograr mejores resultados, ejemplo de esto son: los cierres gástricos parciales con grapas, las bandas gástricas que cierran parte del estómago como un cinturón y las mallas gástricas que envuelven el estómago para que no se expanda al comer. Hay dos operaciones que han mostrado su bondad a través del tiempo, la derivación gástrica (tipo Mason o similar) y la gastroplastía vertical con sus variantes (R. Álvarez en Braguinsky, 1996).

Las técnicas quirúrgicas más empleadas y con mejores resultados en todo el mundo, tienen como objetivo reducir la capacidad del estómago y darle sensación de saciedad al individuo con muy poca cantidad de alimento; esto se asocia con

una disminución de la sensación de vacío a nivel del estómago que los pacientes notan desde el primer día postoperatorio (R. Álvarez, 1999).

A continuación se hace una breve descripción de las técnicas de cirugía bariátrica:

- ❖ **Derivación gástrica.** Se trata de una pequeña bolsa de estómago que se conecta al intestino derivando el alimento directamente y brincando el resto del estómago; llamada en inglés bypass. Ya que el estómago no recibe comida directamente produce jugos digestivos importantes por lo que se tiene que conectar con el resto del aparato digestivo.
- ❖ **Gastroplastia vertical con anillo.** El estómago se cierra con una cuádruple fila de grapas de titanio, de forma tal que se crea un reservorio más pequeño en el lado derecho; además se coloca un anillo de silastic en la parte inferior para que la comida se atore un poco al llegar ahí y la persona tenga sensación de saciedad con muy poco alimento.
- ❖ **Gastroplastia vertical con banda.** En esta se crea una pequeña bolsa gástrica a lo largo de la curvatura menor del estómago y en el extremo distal se coloca una banda de material inabsorbible entre la curvatura menor del estómago y la ventana creada ex profeso a pocos centímetros del borde gástrico.
- ❖ **Banda gástrica ajustable.** Se trata de un cinturón de silastic que se coloca en la parte más alta del estómago, para crear un miniestómago, lo cual logra el mismo efecto que las operaciones anteriores: disminuir la sensación de hambre y reducir la capacidad del individuo para comer. Esta banda tienen la ventaja de que se puede aplicar sin tener que abrir el vientre, es decir, se hace vía laparoscópica (video cirugía). El sistema LAP-BAND® es un tratamiento quirúrgico innovador para conseguir una reducción drástica del peso corporal. La denominación LAP-BAND® alude a la técnica quirúrgica y al producto empleado. En este sistema el cirujano practica varias incisiones pequeñas en la pared abdominal, a través de ellas introduce tubos huecos que serán utilizados como puertas de entrada para los instrumentos quirúrgicos largos y delgados. El cirujano puede ver gracias a una pequeña

cámara que también se introduce por estos pequeños tubos. Con el sistema LAP-BAND®, en términos generales, se puede perder hasta dos tercios del exceso de peso. En ocasiones no es posible realizar la cirugía laparoscópica, por ejemplo, si hay antecedentes de una operación abdominal o existen adherencias (áreas de tejido que crecen juntas). Cuando se realiza la intervención laparoscópica también puede suceder que el cirujano decida pasar al método "abierto" tradicional, por ejemplo si se produce una hemorragia o surgen problemas al colocar la banda

- ❖ **Liposucción:** No es un tratamiento contra la obesidad, pero se incluirá aquí debido a la gran difusión que esta cirugía tiene. La liposucción o aspiración de grasa es un método para mejorar el contorno corporal. Tiene aproximadamente veintidós años de realizarse, consiste en aspirar la grasa acumulada en regiones específicas mediante la introducción, por pequeños cortes en la piel, de finísimos tubos metálicos de tres a cuatro milímetros de diámetro. Puede hacerse por dos técnicas, la "tumesciente" en la que la succión de grasa se realiza después de inyectar un líquido especial en la zona de grasa acumulada, la otra es la técnica "ultrasónica", que se realiza mediante la licuefacción de la grasa por medio de ultrasonido; ambos casos permiten la extracción facilitada de la grasa. Aunque generalmente se hace mediante anestesia local requiere de un quirófano completo para ser realizada con seguridad (R. Álvarez, 1999). Los candidatos a esta cirugía son individuos sanos y en buenas condiciones físicas, con áreas focalizadas de lipodistrofia (llantitas), que se han mostrado resistentes a otras formas convencionales de reducción (Matarasso y Hutchinson, 2001).

3.8 GENERALIDADES SOBRE EL TRATAMIENTO EN NIÑOS.

Una vez establecida la obesidad infantil es difícil llevar a cabo un plan eficaz de adelgazamiento y mantenimiento de peso. La relativa inmadurez intelectual y psicológica de los niños, comparada con los adultos y la susceptibilidad a la presión de sus compañeros, son los obstáculos para un tratamiento exitoso de la

obesidad infantil; por esta razón los esfuerzos para reducir la obesidad en niños han usado las aproximaciones desde la familia y la escuela (Nelson, 1997; Ebbeling et al 2002).

En México, la Dra Korbman (1997), en el Hospital médico pediátrico, realizó un estudio con niños obesos y sus madres, aplicando entrevista, pruebas psicológicas y sesiones de psicoterapia de grupo con los niños y las madres por separado, encontrando que al trabajar con un equipo médico multidisciplinario los resultados son satisfactorios.

Para que el tratamiento tenga éxito se debe prestar especial atención a los siguientes elementos: modificación del contenido dietético y calórico; definición y utilización de programas de ejercicio apropiados; modificación de conducta del niño y participación de la familia en el tratamiento. Todos estos elementos conforman los tratamientos cognitivo conductuales a los que se hizo referencia en el apartado correspondiente.

Las técnicas empleadas en el adulto para disminuir la grasa, como la cirugía, el tratamiento farmacológico están contraindicadas durante la infancia. Las dietas hipocalóricas no son adecuadas porque pueden alterar el crecimiento y desarrollo normales en momentos críticos. No obstante una alternativa a las reducciones drásticas de peso en los protocolos de adelgazamiento consiste en mantener el peso durante el estirón de la adolescencia, con lo que se consigue una reducción del peso para la edad a medida que va creciendo el niño (Nelson; 1997).

A continuación se expone la aproximación común para la prevención y tratamiento de la obesidad en niños propuesto por Ebbeling et al. (2002), en la que plantea para diversos escenarios tareas para el éxito en el tratamiento:

- ❖ Hogar: Establecer tiempos para actividad física y comidas saludables. Limitar el tiempo de televisión.
- ❖ Escuela: Establecer educación física obligatoria, aplicar estrictos estándares para los programas de *lunch* escolar, eliminar alimentos no saludables, por ejemplo, máquinas expendedoras de refrescos y dulces.

Proveer botanas saludables por medio de tienda escolar y máquinas expendedoras.

- ❖ Diseño urbano: Proteger espacios abiertos; construir vías pavimentadas para caminar, andar en bicicleta, parques y zonas de juegos.
- ❖ Seguro médico: ampliar la cobertura para tratamientos efectivos contra la obesidad.
- ❖ Medios publicitarios y mercadotecnia: considerar un impuesto para la comida rápida y los refrescos. Subsidiar alimentos nutritivos, por ejemplo: frutas y verduras. Prohibir la publicidad y marketing directo sobre niños. Incrementar el fondo para campañas públicas de prevención.
- ❖ Política: regular las contribuciones electorales de la industria alimentaria

COMENTARIOS.

Me parece de especial importancia saber que existe una Norma Oficial que establece los lineamientos para diversas áreas como la médica, nutricional, psiquiátrica y psicológica, es decir que el planteamiento de una atención multidisciplinaria no es simplemente convencional, sino que hay una norma que lo exige, lo que da a entender que la obesidad es un tipo de padecimiento complejo. Los tratamientos de que se disponen son los: psicológicos en los que se encuentran los cognitivo-conductuales, en este capítulo se incluyeron investigaciones para ejemplificar mejor las variantes en procedimientos que existen para esta técnica, lo mismo ocurrió con los tratamientos psicoanalíticos. Del resto de los tratamientos sólo se describieron, y, en el siguiente capítulo, se analizarán las ventajas y desventajas de cada uno.

Llama la atención, después de la revisión de los estudios con técnica cognitiva conductual, que existen variantes en la aplicación de los procedimientos, es decir, algunos incluyen ejercicio, medicamento, apoyo familiar, pero no hay consenso en las variables de los estudios. La mayoría de las investigaciones realizadas se enfocan en la reducción de peso, más que el mantenimiento. Estos estudios incluyen dietas que frecuentemente son poco prácticas, monótonas y desequilibradas. No hay un énfasis en la actividad física. Los tratamientos

psicoanalíticos parecen llevar a cambios internos y a largo plazo, por lo menos en el tiempo de duración del tratamiento (varios años). El tratamiento quirúrgico sólo está indicado para la obesidad extrema, requiere de un equipo multidisciplinarios antes y después de la intervención.

A continuación se muestra la tabla que resume las características de los tratamientos. (Tabla 5)

Tabla 5. Características de los tratamientos vs obesidad

Nota: las ✓ muestran la intensidad de la característica, los* su ausencia

TRATAMIENTO	MODIF. DE HÁBITOS Y CONDUCTAS	MODIF. DE PROCESO DE INFORMACIÓN Y COGNICIÓN	DIETAS	EJERCICIO FÍSICO	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	APOYO SOCIAL	MOTIVACIONES Y CONFLICTOS INCONSCIENTES PERSONALIZADO	CRITERIO MÉDICO FARMACOLÓGICO	VALORACIÓN DE COMORBILIDAD	ADHERENCIA
COGNITIVO	✓✓✓✓	✓✓✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓✓	x	✓	✓	✓✓
CONDUCTUAL										
PSICANALÍTICO	✓	✓	x	x	✓✓✓	x	✓✓✓✓	✓✓✓✓	x	✓✓✓✓
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA	✓	x	✓✓✓✓	✓✓	✓	x	x	✓	✓	x
FÁRMACOS	x	x	✓✓	✓	✓	x	x	✓✓✓✓	✓✓✓✓	✓✓✓✓
ACTIVIDAD FÍSICA	✓	x	✓✓	✓✓✓✓	✓✓	✓	x	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
QUIRÚRGICO	✓✓	x	✓✓✓	✓	✓	x	x	✓	✓✓✓✓	✓✓✓✓

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 4.

ANÁLISIS DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD.

Como es de entenderse la amplia gama de tratamientos para la obesidad imposibilita formular un lineamiento sobre sus indicaciones, ventajas y desventajas, se tratará en este capítulo de hacer enfoques temáticos para facilitar el análisis. Como se ha discutido anteriormente el origen no específico de la obesidad hace pensar que su tratamiento deberá ocuparse de varios aspectos y nunca podrá centrarse en uno solamente; cualquier esquema que privilegie alguno será incompleto.

4.1 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.

En general los tratamientos psicológicos tienen la ventaja de intentar un cambio en la conducta alimentaria del sujeto; acercar a la persona a la comprensión de su problema de sobrepeso, tal como entender las motivaciones asociadas al comer, cómo lo hace y dónde. Hace conciente los graves riesgos asociados a la obesidad y la necesidad de contrarrestarlos, sin embargo tienen la desventaja de requerir personal especializado, tiempo y por lo tanto el costo se hace elevado. Pocos estudios muestran datos de seguimiento y los que lo hacen refieren una pobre continuidad en los efectos; los logros por sí solos son pocos y deben asociarse a otros tratamientos que encajen en el esquema general.

A) TÉCNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

En lo particular los tratamientos psicológicos con técnica cognitivo-conductual ofrecen métodos de control de la conducta alimentaria y reaprendizaje sobre estados emocionales, esquemas conductuales y cognitivos que llevan a los ataques de gula.

Uno de los problemas más serios para la evaluación de los tratamientos de este tipo es su disparidad metodológica que se observa principalmente en los objetivos planteados y en las muestras seleccionadas. Un ejemplo de esto es la investigación de Casado et al. (1997), citada en el capítulo anterior, donde se aprecia un estudio amplio, completo y bien controlado, que aborda con énfasis la modificación de hábitos en la alimentación y sus factores psicológicos, pero obvia el objetivo de la pérdida de peso, carece de una homogeneidad en las modificaciones conductuales y la variabilidad intersujetos es amplia. Los autores mismos consideran que el período de evaluación postratamiento es corto y sus muestras pequeñas.

Esta misma crítica ya había sido realizada por Wollersheim (1970) en otro de los estudios que se describió en páginas precedentes, donde se muestran las bondades de la técnica de aprendizaje en el tratamiento de la obesidad en su llamada terapia focal; este tipo de intervención produjo resultados favorables en la reducción de la frecuencia en la conducta de comer, no sólo al término del tratamiento, es decir, después de nueve meses, sino que los resultados se mantuvieron después de ocho semanas. Pero es la misma autora quien hace referencia a las limitaciones del estudio y las coloca en el tiempo de tratamiento, el cual es muy corto, pues su opinión es que bajar de peso requiere de un trabajo largo y continuo en sesiones regulares que incluya técnicas de reforzamiento social positivo.

En lo concerniente a la queja del costo, tiempo empleado y niveles de especialización, ya Black, Coe, Friesen y Wurzman desde 1984 consideraban la propuesta de una intervención mínima, propusieron un programa en donde los participantes sólo recibían unas cuantas intervenciones verbales sobre cómo perder peso y que esta mínima intervención resultara efectiva en la obesidad moderada. Sus reportes resultaron equivalentes a los obtenidos en tratamientos conductuales de larga duración. Sin embargo habría que aclarar que la necesidad educativa sobre la obesidad hoy en día es diferente.

Un problema más, en los reportes de estudios sobre los beneficios de los tratamientos cognitivo conductuales, es el de la comorbilidad entre obesidad y los

trastornos de la alimentación. No está de más mencionar el problema de la ausencia de la obesidad como un trastorno de la alimentación en el DSM- IV, y, por lo tanto, la imposibilidad de conocer si estudios previos a la señalización de esta problemática consideraron a la bulimia en su correlación con el sobrepeso. Pero para el año 2000 ya hay estudios como el de Nauta et al. (2000) que intentan tratamientos de modificación de conducta en obesos con y sin episodios de atracón. Otro estudio como el de Telch, Agras y Linehan (2000) incluye en sus consideraciones tratamientos propios de trastornos de la personalidad aplicados a las alteraciones conjuntas de sobrepeso y desórdenes de la conducta alimentaria; encontraron que además de que los participantes adquirieran habilidades mentales, regulación emocional, habilidades de tolerancia y reducción en la conducta de atracón, el procedimiento también tuvo impacto positivo en otras áreas tales como en el trabajo y en las relaciones interpersonales.

En la revisión sistemática realizada por Glenny et al. (1997), de investigaciones sobre tratamientos para la obesidad basados en técnicas cognitivo-conductuales, encontraron que en algunas de ellas los resultados, con este tipo de intervenciones, son difíciles de mantener después de seis meses o un año aproximadamente. Por ejemplo cita la intervención basada en terapia cognitiva de los autores Schwartz y Unbar-Saban, que pretendían mostrar la efectividad de incluir la técnica de "autoconfrontación de valores"(VSC), en un paquete de terapia conductual, comparando esto con un grupo de discusión solamente y un grupo control que no recibió tratamiento. El autor define la técnica de autoconfrontación de valores como el método que brinda cambios en la conducta a través de la reconsideración de los valores personales. En el estudio los cambios en la conducta de comer se promovieron pidiendo a los sujetos compararan sus propios valores con los de aquellas personas que tenían éxito o no en la pérdida de peso y que por lo tanto cambiaran los valores adquiridos. El grupo con la técnica de autoconfrontamiento perdió más peso que los otros dos grupos al término de dos meses de tratamiento; sin embargo después de un año no hubo diferencias entre los grupos. Dentro de la misma revisión de Glenny, et al. (1997) se encuentra el estudio de Jeffery, et al., en el que asignaron a los participantes a una de cinco

condiciones de tratamiento con duración de 18 meses. Las condiciones fueron: grupo control que no recibió tratamiento; grupo que recibió terapia conductual estándar (SBT), con metas individuales en relación a la estimación de calorías y reducción de peso y programas de ejercicio. El grupo tres estuvo bajo el mismo procedimiento del grupo dos pero además recibieron dos paquetes de comida al día durante cinco días, el grupo cuatro recibió terapia conductual estándar con un incentivo monetario para perder peso. Y finalmente el grupo cinco recibió provisión alimentaria, incentivo monetario y terapia conductual. Los dos grupos que recibieron comida tuvieron la mayor pérdida de peso durante el estudio. La mayor pérdida de peso a lo largo de todo el tratamiento excepto el grupo control fue de 7.7Kg seis meses después de iniciar el tratamiento, los grupos con tratamiento conductuales tuvieron una reducción significativa del IMC comparados con el grupo control. La superioridad de los grupos con provisión de comida no se mantuvo 12 meses después y los grupos que tuvieron incentivo económico no mostraron resultados significativos.

Además del problema de que en los tratamientos cognitivo-conductuales es difícil mantener los efectos a largo plazo, está la desventaja de que estos tratamientos, a veces, incluyen dietas de restricción que van de 800 a 1500 calorías al día, lo que puede llevar, en primer lugar, a que las personas que se sometan a una dieta entren en estados de depresión y estrés, y que no lleven el registro adecuado de las calorías, dando por resultado baja adherencia al tratamiento pues los resultados no se observan inmediatamente. Ross (1994) menciona que las personas que llevan una dieta durante un largo tiempo les hace sentir poco felices, porque no pueden comer lo que ellos desean, o se sienten culpables por comer; además agrega que la asociación entre obesidad y depresión se explica por la pobre salud y funcionamiento físico. El problema del registro de las calorías fue estudiado por Zegman, en 1984, con 43 mujeres con por lo menos 15% de sobrepeso, las participantes fueron asignadas a un grupo de terapia conductual para el control de peso, la edad de las participantes oscilaba entre los 17 y 59 años. El estudio consistió en que las participantes tenían que describir cada uno de diez alimentos previamente seleccionados, que registraran la cantidad de alimento,

así como también calcularan las calorías; en este estudio se identificó que existían errores en la descripción, estimación de la cantidad de alimento y en el cálculo de calorías. La autora menciona que a pesar de que las personas que están bajo un tratamiento de restricción de calorías frecuentemente utilizan manuales poco complicados, estos muchas veces omiten la subclasificación de muchos alimentos.

Los tratamientos conductuales que intentan mejorar la evaluación de las calorías y composición nutricional hacen uso de los registros diarios, que además se utilizan para determinar el volumen de las raciones que ingieren y la relación con las situaciones a que se enfrenta el paciente, la actitud frente al alimento, la actividad física diaria que desarrolla, horario, lugares, compañías y actividades sociales que acompañan la conducta de comer. Entre las ventajas de utilizar este método están que la información que se obtiene es puntual y cuantitativa, la evaluación es detallada (demorada por días), por tiempo de anotar, por tiempo de evaluar y que el conocimiento de la conducta es aparentemente mayor. Pero por otro lado las desventajas son que la mayor parte de la información puede estar manipulada por el paciente; olvidos, autoengaños, datos subjetivos, exige mayor grado de dedicación y compromiso, la respuesta profesional es demorada y, además, exige mayor nivel de conocimientos (Llanos y Mazzei, en Braguinsky, 1996).

Cooper y Fairburn (2001), opinan que la falta de resultados a largo plazo de éstos tratamientos se debe a: la ambigüedad de sus metas, se enfocan a la pérdida de peso, más que a prevenir o minimizar la recuperación de éste; son tratamientos a corto plazo, y no implican cambios permanentes. Estos autores realizaron un análisis de la reganancia de peso en los tratamientos y encontraron que: los pacientes no establecen metas realistas de pérdida de peso; no anticipan los beneficios de lograrlo y los perjuicios de abandonarlo; rechazan la necesidad de adquirir habilidades para mantener el peso; y anteponen otros objetivos personales a la pérdida de peso.

B) TÉCNICA PSICOANALÍTICA.

La técnica del Psicoanálisis constituye una desventaja para el tratamiento de la obesidad porque no está diseñada específicamente para ella. Resulta difícil hacer reportes científicamente controlados, la mayoría de los reportes son de casos particulares, no es posible especificar el origen de los cambios positivos y, el tratamiento de obesidad con técnicas psicoanalíticas, puede resultar muy costoso. Este tratamiento no ofrece dietas, ejercicio, modificación directa de la conducta, ni apoyo social.

El psicoanálisis puede estar indicado para las personas que padecen una grave alteración de la imagen corporal, cuando esta condición no ha mejorado mediante otras condiciones de tratamiento; es posible que las personas obesas acudan a psicoterapia psicoanalítica por otras razones, pero auxiliarles a hacer frente a la obesidad puede ayudar a resolver sus problemas. Cuando la psicoterapia las conduce a llevar vidas menos tensas y más satisfactorias es probable que dejen de comer en exceso, en consecuencia pueden reducir de peso y mantenerse así (Verduzco y Platas, 1999). Otros se muestran escépticos ante la eficacia de la psicoterapia; no se ha demostrado, que el descubrir las causas inconscientes de la sobreingesta, cambie la elección de síntomas de las personas obesas, que comen en exceso en respuesta al estrés (Kaplan y Sandock, 1999).

Rand (en Wolman, 1982) refiere un artículo publicado por Kaplan y Kaplan de 1957 que influyó en la desestimación de la comprensión y tratamiento psicoanalítico de las causas de la obesidad. Para 1999 Verduzco y Platas consideran que apenas el 6% de las personas obesas se someten a una terapia de este tipo.

En el estudio de Rand y Stunkard (1978), mencionado en el capítulo anterior, sobre el tratamiento psicoanalítico en pacientes obesos, se obtuvieron buenos resultados, un gran porcentaje de ellos logró bajar después del tiempo estipulado; sin quedar muy claro cómo es que el tratamiento psicoanalítico condujo a las pérdidas de peso, cuando el psicoanálisis no prescribe dietas y no hace un monitoreo de peso de los pacientes. Rand (en Wolman, 1982) menciona que es

probable que los resultados se deban a la relación que el analista establece entre el acto de comer y estrés emocional de los pacientes. La hipótesis es que la secuencia estrés emocional > comer en exceso > ganancia de peso, se puede modificar cuando el estrés emocional experimentado por los pacientes disminuye o cuando éste aprende respuestas más adaptativas ante el estrés que el comer en exceso. Estos mismos autores, para comparar los resultados que obtuvieron, a partir de la intervención psicoanalítica, citan un artículo de 1974 de Stunkard y Rush el cual habla de que la mayoría de los adultos que se someten a programas de reducción de peso desarrollan síntomas de trastornos emocionales, respuestas negativas ante la dieta, preocupación moderada por la comida, problemas de ansiedad e irritabilidad y, en un grado menor, depresión. En la investigación que realizaron estos autores, casi todos los pacientes obesos en tratamiento psicoanalítico, reportaron haber tenido respuestas emocionalmente positivas ante las dietas; 82% mostró tener esperanza en las dietas, el 49% refirió incremento en la energía, menos involucramiento con el acto de comer y la comida en el 34% y más fuerza en el 30%.

Rand (en Wolman, 1982) plantea que las técnicas de modificación de conducta están diseñadas para ayudar al paciente a que adquiera conciencia de la conducta de comer y de las emociones que lo conducen a episodios de sobreingesta, por ejemplo con los registros de comida; sin embargo, la información de procesos inconscientes no es posible con una simple introspección. En cambio el psicoanálisis utiliza el método de asociación libre, sueños, métodos proyectivos y marcación de la resistencia para obtener conocimiento de los procesos inconscientes que subyacen al acto de comer.

4.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento farmacológico se utiliza como una alternativa asociada a la dieta en pacientes que no hayan respondido al régimen dietético apropiado, solo o con ejercicio. Los diferentes mecanismo de acción de los medicamentos permiten asociarlos para lograr mejores efectos. Algunos de ellos sólo pueden ser utilizados

por períodos breves, otros, en cambio, por no presentar efectos colaterales, pueden emplearse por períodos más largos.

La teoría multicausal de la obesidad no ha orientado el uso de medicamentos como la única alternativa de tratamiento y, en ocasiones, por el contrario, da la impresión de evitar la responsabilidad del individuo en la reducción de peso, además de que algunos de ellos provocan reacciones secundarias y adversas potencialmente peligrosas e indeseables.

A continuación se plantearán algunas generalidades sobre las ventajas y desventajas de los diferentes grupos.

Ansiolíticos. Solos o en combinación con anorexígenos auxilian en la ansiedad primaria que impele a la ingesta o ayudan a controlar los efectos adversos de los medicamentos que quitan el hambre. Sus efectos indeseables son la tendencia al abuso, que su tolerancia farmacológica fomenta (Goodman y Gilman, 1999). Entre los efectos colaterales se encuentran somnolencia, debilidad muscular, sequedad de boca, constipación.

Anorexígenos. Algunos son de sobra conocidos e incluso debido a sus efectos indeseables han salidos del mercado nacional, como es la dextroanfetamina. Otros igualmente veteranos ya no son objeto de estudio como son el mazindol, anfepramona, fenproporex, que son conocidos por su rápida pérdida de efectividad y su potencial abuso por tolerancia. Los efectos colaterales más frecuentes son palpitaciones, disritmias cardíacas, espasmos gastrointestinales, dolores de tipo cólico, diarrea o constipación, resequedad de boca y mucosas, cefalea, fiebre, sudoración, gusto metálico, retención urinaria. Las nuevas generaciones de anorexígenos, relacionados con la inhibición de recaptura selectiva de neurotransmisores, tienen la ventaja de reducir el umbral de la sensación de saciedad postalimentos; al no provocar tolerancia permiten su uso prolongado hasta por 52 semanas, no se asocian con abuso ni con síndrome de supresión, sin embargo sus efectos colaterales más frecuentes son cefalea, boca seca, constipación, insomnio, náusea, aumento de la presión arterial, taquicardia y

alteraciones en el sentido del gusto. En todos los casos, los antiguos y modernos anorexígenos tienen el inconveniente de las interacciones con otros medicamentos (Blundell y Hallford, 1995; D. Kaplan, 2000).

Glenny, et al. (1997) realizaron una revisión de artículos encontrando que el medicamento más comúnmente utilizado en ensayos clínicos fue la fenfluramina, cinco artículos compararon la fenfluramina contra placebo, en todos se les prescribió una dieta restringida en calorías. Un estudio multicéntrico (Guy-Grand et al. , 1989) demostró estadísticamente una pérdida de peso significativa entre el grupo que recibió fenfluramina y el placebo, durante un año de intervención; en los últimos seis meses de intervención el grupo placebo mostró una tendencia a ganar peso, mientras que el otro se mantuvo estable. Sin embargo, en seguimientos a tres años el grupo placebo mantiene la pérdida de peso, mientras que el grupo de fenfluramina tendió a ganar peso.

Otros estudios (Mathus-Vliegen, 1993; O' Connor, Richman, Steinbeck y Caterson, 1995 en Glenny et al. , 1997) muestran la efectividad de la fenfluramina, pero sólo por un período de seis meses, aquellos pacientes que reciben tratamiento con fenfluramina por seis meses logran pérdidas significativas de peso, por ejemplo de 9.7Kg en comparación con un grupo placebo que reduce 4.9kg. Mathus-Vliegen condujo un estudio en el que continuó dando fenfluramina por un año. Después de seis meses los participantes comenzaron a recuperar peso y a los 12 meses aquellos que recibieron farmacoterapia incrementaron significativamente de peso en comparación con el grupo que recibió placebo.

En la revisión de los estudios que Glenny et al. (1997), realizaron sobre la efectividad de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, encontraron que la fluoxetina es efectiva en reducir el peso durante dos semanas, después de este período la diferencia en la pérdida de peso contra un grupo control con placebo cesó, y ambos grupos ganaron peso.

El uso de la fentermina y la fenfluramina en combinación para el tratamiento de la obesidad se usó con mucho éxito en la inducción de pérdida de peso; pero en 1997 se reportó una forma inusual de valvulopatía cardiaca después del uso de estos dos medicamentos. Otros efectos más serios que la valvulopatía, como

neurotoxicidad y problemas de memoria a corto plazo se han asociado con el uso de ésta combinación de fármacos (D. Kaplan, 2000). Este tipo de medicamentos no deben prescribirse en pacientes con depresión, o historia personal de trastorno bipolar, o antecedentes familiares de trastorno bipolar ya que este tipo de personas son más susceptibles de desarrollar episodios de depresión mayor después de su administración (Zimmer y Gregory, 1998).

Los estudios multicéntricos que han revisado la efectividad de la sibutramina mostraron que hay una pérdida de peso durante los primeros seis meses y que se mantiene durante los siguientes seis. Smith (2001) realizó un estudio sobre la efectividad de la sibutramina a largo plazo en pacientes con obesidad moderada (IMC de 27 a 40) que fueron identificados por su médico de atención primaria. La muestra se conformó con pacientes que no tuvieran una obesidad de origen endocrino, que no padecieran diabetes mellitus, que no tomaran medicamentos que modificaran el peso y no tuvieran patología afectiva que pudiera ser causa de modificaciones bruscas en el peso. Los pacientes fueron asignados a uno de 3 grupos, uno que recibió placebo, los otros con sibutramina en dosis de 10 y 15mg. Los grupos recibieron asesoría sobre alimentos y una dieta muy baja en calorías; se les aplicó un test para evaluar depresión y ansiedad (escala de Beck), otros sobre la satisfacción de la dieta y exámenes médicos de laboratorio y gabinete (ECG) al inicio, a los 6 meses y a los 12 meses del estudio. Los resultados del estudio mostraron una tasa de deserción del 53% para todos, pero el grupo control tuvo una tasa del 51%, el de sibutramina a 10mg de 49% y con 15mg sólo de 42%. En los parámetros tomados en cuenta en general, los grupos de sibutramina mostraron diferencias estadísticamente significativas contra el grupo placebo y hubo una correlación con la dosis, mejor los de 15mg que los de 10mg. Se obtuvieron mejores resultados en la reducción de peso, IMC, parámetros de laboratorio, índices de cintura cadera que mostraron los más altos resultados a los 6 meses del ensayo. Los efectos adversos se presentaron en 4 pacientes del grupo control y en 4 del grupo de sibutramina (2 en el grupo de 10mg y 2 en el de 15mg).

Stevenson (2001) opina que en el uso de la sibutramina se deben tener precauciones, es decir, que no debe usarse de manera rutinaria en el tratamiento para la obesidad. Cita el estudio realizado por Krause con 1102 obesos, los que fueron asignados a tres condiciones de tratamiento después de haberles prescrito 15mg de sibutramina por cuatro semanas; aquellos que en esta primera fase perdieran 2% del peso se asignaban ya fuera a un grupo que recibió 15mg de sibutramina continuamente durante 44 semanas, o a un grupo que recibió 15mg de sibutramina de manera intermitente, es decir, de la semana 5 a la 12, de la semana 19 a la 30 y de la 37 a la 48, por último el grupo que recibió placebo de la semana 5 a la 48. La sibutramina prescrita a dosis de 15mg al día, ya sea de manera continua o intermitente por 44 semanas, condujo a una pérdida moderada de peso comparado con el placebo. Se lograron estos resultados con un grupo de mujeres obesas, saludables y la mayoría de ellas blancas; estos resultados podrían no repetirse en muestras diferentes. Stevenson agrega que a pesar de este éxito, los beneficios a largo plazo (a un año), en seguridad, salud y mortalidad de la sibutramina no han sido del todo establecidos.

Otro dato que merece especial atención en relación a los efectos adversos por el uso de sibutramina es la aparición de episodios psicóticos; esta clase de efectos han sido descritos en el uso de otros agentes anorexígenos como las anfetaminas. Hasta la fecha no existen datos contundentes de que la sibutramina conduzca a esta clase de problemas, pero como mencionan Tafliński y Chojńska (2000), en individuos vulnerables a la psicosis, la sibutramina puede inducir síntomas relacionados; como en el caso que reportan estos mismos autores de una mujer de 19 años de edad que ingresó a un hospital psiquiátrico debido a la aparición de síntomas paranoides; no tenía antecedentes de haber recibido tratamiento psiquiátrico, ni de trastorno neurológico o abuso de sustancias. Comenzó con dosis de 10mg de sibutramina, al principio esta dosis no fue tolerada, aparecieron algunos de los efectos secundarios como somnolencia, ansiedad moderada y taquicardia. La dosis se aumentó a 15mg de sibutramina y la paciente comenzó con problemas de ansiedad, problemas para dormir, poco apetito, constipación y dolores abdominales severos; después de tres meses con el

tratamiento farmacológico éste se retiró y la paciente comenzó a presentar alucinaciones auditivas y delirio de referencia. Este caso muestra el potencial riesgo asociado con el tratamiento farmacológico para la obesidad y sugiere una evaluación cuidadosa del estado mental de los pacientes antes de iniciar tratamiento con un nuevo medicamento, aunque es posible que la causa de la psicosis haya tenido que ver con otros factores, como la pérdida de peso y el fallo a su adaptación, o una psicosis en sí misma que no diera síntomas antes de tomar el medicamento.

Los estudios que examinaron al mazindol encontraron que su efectividad es semejante a la de la anfetamina (medicamento no disponible en México) pero únicamente por doce semanas, posterior a las cuales, en ambos casos se recupera el peso perdido.

Acción Intestinal. El uso de sustancias, fibras o incluso líquidos antes de las comidas, para reducir la cantidad total de alimentos ingeridos, es una práctica de viejo cuño, sin embargo los estudios científicos dispuestos para probar la efectividad de estas sustancias son pocos y no actualizados. Solamente el orlistat, inhibidor de la enzima que desdobra las grasas en el tracto digestivo, ha demostrado una aplicación clínicamente demostrable.

Las fibras generalmente tienen una presentación al mercado en combinación con otras sustancias de dudosa acción central, por lo que su evaluación requiere de tomar en cuenta la acción conjunta. Además las variantes en las presentaciones en el mercado impiden al usuario deducir cual es la mejor opción. (Tabla 6)

El orlistat ha resultado efectivo en el tratamiento para bajar de peso. Su principal acción es la reducción en la absorción de grasa, este medicamento no disminuye el hambre pero sí aumenta la saciedad. Entre los principales efectos secundarios se encuentran los dolores abdominales, diarrea y flatulencias. Las dosis van de 10 a 120mg y los resultados dependen de las mismas.

Dos estudios controlados, con placebo, evaluaron los efectos del orlistat en dosis de 120mg tres veces al día en conjunto con una dieta baja en calorías por un año. Los resultados mostraron que, después de este periodo, los pacientes que

tomaron el medicamento perdieron de 9 a 10kg comparado con los 6kg que perdió el grupo que recibió placebo. Al segundo año, los pacientes que continuaron tomando orlistat ganaron de 1.5 a 3kg en comparación con lo que ganó el grupo placebo que fue de 4 a 6kg. Otro estudio muestra la ganancia de peso con el uso de orlistat después de un año de su administración. La muestra estaba conformada por 729 pacientes que habían perdido cerca de 10kg solo con dieta, los pacientes tomaron 120mg de orlistat tres veces al día por un año y ganaron 2.6kg, pero esto no se compara con la ganancia de 4.4kg en pacientes tratados con placebo. Los resultados muestran que aproximadamente el 24% de los pacientes que tomaron orlistat no ganaron peso, en comparación con el 16% de los que fueron tratados con placebo (Appgar, 1999).

En el estudio de Karhunen et al. (2000) con 72 obesos, tanto hombres como mujeres, evaluaron los efectos del Orlistat a 120mg, en la composición corporal y el gasto de energía en reposo, durante un programa de reducción de peso de dos años, comparando con un grupo control que recibió placebo. Durante el primer año el grupo tratado con orlistat mostró disminución en peso y en masa grasa pero no en masa libre de grasa, ni en gasto de energía en reposo comparado con el grupo placebo. Durante el segundo año el grupo tratado con orlistat tuvo un pequeño aumento de peso y masa grasa, sin cambios en la masa libre de grasa y el gasto de energía en reposo; a pesar de este pequeño aumento el orlistat resultó efectivo para el mantenimiento de la reducción de peso. Los autores mencionan que este estudio parece ser el primero que se realiza para evaluar las dosis recomendadas de orlistat a largo plazo.

Medicamentos que actúan sobre el metabolismo. El aumento del metabolismo de las hormonas producidas por la glándula tiroides tiene tal impacto en la pérdida de peso y masa corporal que por mucho tiempo han sido uno de los tratamientos más utilizados para bajar de peso. Las hormonas tiroideas no son aconsejables, pues aumentan la eliminación de proteínas (masa magra), y tiene efectos colaterales como temblor, angustia, insomnio, aumento de sensibilidad al calor, palpitaciones, arritmias cardiacas, etc. (síndrome de

hipertiroidismo) (J. L. López, 2000). Las clínicas para bajar de peso de dudosa ética generalmente utilizan este tipo de medicamentos.

En cuanto a la efedrina ésta produce hipertensión arterial, arritmias cardíacas, temblor, insomnio y náusea. Las dosis a las que se presentan estos efectos pueden ser tan bajas que requieren la combinación con cafeína como coadyuvante. La cafeína es un conocido estimulante, que aumenta la excitación del sistema nervioso central y aumenta la actividad física, pero tiene el inconveniente de producir adicción y síntomas de supresión

Tabla. 6
Productos disponibles en el mercado nacional

NOMBRE DEL PRODUCTO	CONTENIDO EN LA ETIQUETA
Witgras	Fibras
Aglamina Slim	Garcinia cambogia, polinicotinato de cromo, lecitina de soya y polidextrosa
Reducit	Fibra natural, extracto de toronja y niacina cromo
Fat away	Extracto de toronja y fibras
Diet Byn Light	Fibra dietética
Chito Fiber Diet	Fibra chito san, garcinia cambogia, ácido ascórbico.
Bromectina Rostenberg	Salvado de trigo, fibra de soya, pulpa de cafeto, polidextrosa, sacarosa, talco magnesio
Sin Hambre	Goma Guar, aspartame
Esbeltex	Fibra konjac
Xenical	Orlistat

4.3 TRATAMIENTOS DE RESTRICCIÓN ALIMENTARIA.

En cuanto a los tratamientos dirigidos a la restricción en la ingesta o comúnmente llamados dietas, citadas en el capítulo anterior, algunas tienen ventajas ya que pretenden incluir todos los grupos de alimentos y ser con ello equilibradas, pero la desventaja es que son dietas poco prácticas, difíciles de poder llevar con rigurosidad y disciplina, además de que algunas de estas dietas promueven una reducción rápida de peso, de aproximadamente 5 kilos en dos semanas, lo cual puede ser peligroso, cuando lo que se recomienda es que sea de 0.5 kilogramos en una semana.

Kaufer (1995) opina que las dietas son falaces, en primer lugar porque resultan ajenas a nuestra cultura, ya que muchas de las dietas, que se dan a conocer, son importadas de Estados Unidos, no inducen a buenos hábitos de alimentación y ponen en peligro la salud. Agregar fibra en la dieta puede ser útil sobretodo en sociedades que consumen alimentos pobres en fibra, que no es el caso de la mexicana. Cualquier dieta que se base en uno o dos alimentos es desequilibrada, incompleta y monótona, es decir no cumple con los requerimientos para una dieta recomendable; si la persona la sigue por períodos prologados puede presentar deficiencias nutrimentales variadas, además de tener una alta probabilidad de abandonar la dieta

Cuando una persona reduce el consumo de carbohidratos, los niveles de azúcar en sangre se reducen y ocasiona que el páncreas deje de producir insulina, con menos secreción de insulina el cuerpo se ve obligado a convertir las reservas de grasa en energía resultando en una rápida pérdida de peso. Esta es la base teórica del funcionamiento de las dietas altas en proteínas y bajas en carbohidratos, por ejemplo, las dietas que proveen 40% de proteínas, 30% de carbohidratos y 30% de lípidos, si no se seleccionan adecuadamente los alimentos, tal nivel de proteínas es difícil de lograr, en contraste la dieta típica occidental contiene de 15 a 18% de proteínas. Estas dietas proponen el beneficio de mejorar la sensibilidad a la insulina.

Para evaluar la efectividad de la dieta alta en proteínas el Dr. Clifton (Jancin, 2000) condujo un experimento con 60 pacientes con obesidad central, altos niveles de triglicéridos, altos niveles de glucosa en sangre o hipertensión. Los participantes fueron asignados a una de dos tipos de dieta por 12 semanas, una dieta consistía en proporcionar altos niveles de proteínas (30%), 35% de lípidos y 35% de carbohidratos, la otra, más convencional incluía 15% de proteínas, 35% de grasa y 50% de carbohidratos. Los resultados mostraron que la pérdida de peso y los parámetros de lípidos y de glucosa en sangre fueron similares en ambos grupos, pero se encontró una respuesta favorable en la prueba de tolerancia a la glucosa en el grupo de pacientes con la dieta alta en proteínas y baja en carbohidratos, lo que indica una mejoría en la sensibilidad a la insulina

En el estudio realizado por Boschert (2000) los participantes que fueron sometidos a una dieta baja en carbohidratos mostraron una reducción en la grasa corporal y lípidos en sangre, y simultáneamente un aumento de nitrógeno de urea en el 80% de los participantes, así como del bicarbonato en el examen sanguíneo. La dieta incluía 20g/día de carbohidratos, que podía ser incrementada a 50g/día, a los participantes se les fomentó para que comieran carne roja, pescado, huevos cuantos ellos quisieran, queso fresco, dos tazas de ensalada de verduras y una taza de otro tipo de vegetales. Debían beber al menos seis vasos de agua al día, además se les dió suplementos nutricionales, como multivitamínicos, aceites esenciales y polinicotinato de cromo; se les recomendó ejercicio aeróbico tres veces por semana. El IMC disminuyó en aquellos sujetos que siguieron el tratamiento durante 16 semanas, de una media de 31.4 a 27.9. La pérdida de peso fue significativa de 3.5kg o del 11% del IMC de línea base. No se encontraron efectos clínicos adversos. La mayoría de las participantes reportaron constipación, halitosis, dolores de cabeza, pero también reportaron sentirse con más energía y mejoraron en su humor. Este estudio es la investigación más grande con una dieta baja en carbohidratos, los resultados muestran la necesidad de realizar experimentos mejor controlados cuando una dieta de estas características se le indique a sujetos obesos con alguna otra enfermedad.

Dietas como la del Dr. Atkins tienen el mismo principio, "comer más proteínas y menos carbohidratos", han sido muy criticadas por nutriólogos investigadores porque mencionan que estas dietas carecen de fundamentación científica, por lo que proponen que se realicen más investigaciones sobre el tema y no basar los éxitos en los relatos personales de quienes se someten a dieta; además de que se debe tener más información sobre los efectos adversos de consumir menos carbohidratos que proteínas, en cuanto a esto los científicos que critican dichas dietas mencionan que, efectivamente, se puede perder peso en una semana pero después, debido a la falta de nutrientes y el comer en forma poco balanceada, aumenta el riesgo de padecer enfermedades coronarias y mal funcionamiento del riñón (Goldberg, 2000).

Por otro lado, las dietas bajas en calorías (VLCD) son una alternativa segura de disminuir la ingesta de alimento con una pérdida de peso sostenida y progresiva. Esta dieta provee un total de 400 a 800 calorías diarias. Programas seguros y exitosos incluyen de 1.0 a 1.5 g de proteínas por kilogramo para un peso corporal deseable (70 a 100 g de proteínas diarias), y al menos de 45 a 50 g de carbohidratos para minimizar o eliminar pérdida de nitrógeno y cetosis respectivamente.

Todas las dietas bajas en calorías requieren de supervisión médica cuidadosa y monitoreo de pacientes. Cuando se usan apropiadamente estas dietas son seguras y efectivas, generalmente la pérdida de peso es rápida y progresiva por varias semanas, hasta meses, y en la obesidad con comorbilidad los factores de riesgo se reducen significativamente. El mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso inicial es difícil de sostener una vez que la dieta baja en calorías se interrumpe. Si se incluye ejercicio regular y cambios de estilos de vida aumenta la probabilidad de que la pérdida de peso se mantenga (Kaplan, 2000). Wadden y Stunkard (en Glenny, et al. , 1997) elaboraron un estudio en el que compararon tres grupos de tratamiento. El primer grupo sólo recibió dieta baja en calorías, otro grupo recibió solo terapia conductual estándar (Standard Behaviour Therapy SBT) y un grupo que estuvo bajo tratamiento combinado. La duración del programa de tratamiento fue de cuatro meses; en el primer mes se les prescribió a los

participantes una dieta balanceada de 1000 a 1200 kcal/día, seguida de una dieta de 400 a 500 kcal/día durante dos meses, retomando al cuarto mes los alimentos convencionales. La principal pérdida de peso se observó en el grupo de tratamiento combinado, que fue de 19.3kg comparado con los 14.1kg y 14.3kg del grupo con dieta baja en calorías únicamente y terapia conductual respectivamente. Después de un año, en los tres grupos se observó, aumento de peso, pero el grupo de tratamiento combinado siguió mostrando superioridad en la pérdida de peso, la cual fue de 12.9kg, el grupo que sólo recibió dieta baja en calorías bajó 4.6kg y 9.5kg aquellos que recibieron terapia conductual estándar. Este estudio ejemplifica que las dietas bajas en calorías pueden tener buenos resultados si se combinan con otro tipo de intervenciones.

La dieta mediterránea, que aunque se mencionó que no es la mejor para bajar de peso, se le ha considerado cardioprotectora. Este concepto deriva de los trabajos publicados por el Dr. Keys en 1970 donde se comprobó que la dieta de los países de la cuenca mediterránea daban cifras muy bajas de colesterol en sangre y poca mortalidad por cardiopatía. Se observó que la dieta se basaba en hortalizas, frutas, legumbres, pescado, aceite de oliva y vino. El aceite de oliva, la grasa monoinsaturada y ácido oleico disminuyen los niveles de colesterol total y el colesterol de baja densidad o colesterol malo y eleva los niveles del colesterol de alta densidad o colesterol bueno. Además el aceite de oliva contiene una buena cantidad de vitamina E, que evita la oxidación del colesterol malo y, por tanto, también protege del envejecimiento (Dominguez, 2001).

Seppa (1999) cita un estudio que se realizó con 219 hombres y mujeres originarios de una provincia de Francia, por lo que su dieta era básicamente mediterránea, se comparó este grupo con 204 personas que conformaron el grupo control, éste comía cualquier cosa que sus médicos les recomendaban y no tenían adherencia a la dieta mediterránea. Durante cerca de cuatro años ocurrieron 44 ataques al corazón en el grupo control y 14 entre aquellos que seguían la dieta mediterránea; además las personas en el grupo control tuvieron un record de 90 hospitalizaciones debido a problemas cardiacos y del grupo con dieta mediterránea sólo se registraron 68 hospitalizaciones.

La tabla siguiente hace referencia a los riesgos de algunas de las dietas mencionadas en el capítulo anterior

Tabla 6.
Dietas

<i>Nombre</i>	<i>Riesgos</i>
Dieta de la toronja	Aumenta la concentración de colesterol
Dieta del Dr. Atkins	Produce cetosis, fatiga, arritmia cardiaca, náuseas, agotamiento de la reserva de calcio.
Dieta de arroz Kempner	Hipotensión postural, desmineralización ósea.
Dieta de algas	Ocasiona alteraciones de la glándula tiroides (mixedema, tirotoxicosis, y bocio.)
Dieta de lecitina	En lugar de disminuir puede aportar energía
Dieta de fructosa	Sin efectos de disminución de peso comprobados.
Dieta de fibra	Absorción disminuida de nutrimentos inorgánicos y de vitaminas liposolubles (A, D, E), estreñimiento.
Dieta Cambridge	Peligrosa para pacientes renales
Dieta de ayuno	Deshidratación, cetosis, elevación en las concentraciones de ácido úrico, mareos, náuseas, pérdida de nutrimentos inorgánicos (potasio, calcio y magnesio), balance negativo de nitrógeno y pérdida de tejido magro.
Dieta de plátano	Deficiencias nutrimentales
Dieta de la luna	Sin fundamento

4.4 ACTIVIDAD FÍSICA.

El ejercicio físico es de suma importancia debido principalmente a dos factores, la vida sedentaria, que cada vez va en aumento y por el consumo de

alimentos con alto nivel calórico. El ejercicio es útil tanto para la pérdida de peso, mantenimiento de este, mejorar el bienestar y la aptitud física. Para la pérdida de peso, el ejercicio no se prescribe como un método aislado; cualquier programa de reducción de peso bien equilibrado debería de estar complementado con actividad física.

El ejercicio posee una gran ventaja porque produce una compleja serie de cambios tanto metabólicos como psicológicos; puede modificar el peso, la composición corporal, el apetito, el metabolismo basal y sus efectos en general son saludables, ya que mejora los factores de riesgo asociados con la obesidad como, resistencia a la insulina, tolerancia a la glucosa, triglicéridos altos e hipertensión arterial (Fainholz, en Braquinsky, 1996; Guyton, 1996 y Rössner, 1995).

Un estudio que muestra que la conjunción del ejercicio con la dieta, en comparación con este último recurso aislado, producen una mejoría en la tolerancia a la glucosa y disminución de la resistencia a la insulina, junto con una mayor pérdida de peso, es el de Sadvovsky (2001) realizado con 71 hombres con un IMC mayor de 27, que siguieron una dieta para mantener el peso de 4 a 5 semanas; posteriormente, los participantes se dividieron en cuatro grupos durante un período de 12 semanas. Un grupo control al que se le pidió que mantuviera el peso; un segundo grupo al que se le prescribió una dieta para bajar de peso de 700kcal; un tercer grupo se le pidió que permaneciera con la dieta para mantener el peso y además se les asignó una rutina de ejercicio para bajar de peso; por último, el grupo que sólo recibió rutina de ejercicio para mantener el peso. Los hallazgos fueron que, los dos grupos a los que se les destinó tratamiento para bajar de peso mostraron una reducción significativa del total de grasa corporal, pero la mayor reducción de peso se observó en el grupo que recibió rutina de ejercicio para bajar de peso más la dieta. La reducción en la resistencia a la insulina y la mejoría en la tolerancia a la glucosa se relacionó con la reducción de la obesidad abdominovisceral más que con la pérdida de peso.

La mejoría en los parámetros metabólicos también se ha observado en estudios con niños. Por ejemplo, en un estudio realizado por Sasaki, Sindo,

Tanaka, Ando y Arakawa (en Epstein, 1995) con 41 niños obesos de 11 años de edad, a quienes se introdujo a un programa de ejercicio, que incluía correr 20min cuatro veces por semana en la mañana y tres veces por semana en la tarde, además se incorporaron rutinas de aerobics, resistencia y flexibilidad. Entre los resultados se encontró que el peso redujo en un 20%; los niños disminuyeron del 51 al 27% de grasa, mientras que las niñas disminuyeron del 55 al 36% de grasa, con cambios significativos en los niveles de colesterol y triglicéridos. Temblay et al. (en Epstein, 1995) estudiaron, por un año o dos, a niños obesos de 10 años de edad; el programa consistía en trotar 5 veces por semana por la mañana y por la tarde (22km/semana). Una vez más los resultados fueron exitosos, con cambios en el sobrepeso, después de un año, del 43.3 al 21.5%, el descenso continuó sólo en tres por ciento del sobrepeso después de dos años.

En cuanto a su efecto en el área psicológica el ejercicio mejora el humor, la autoestima y la autovaloración resultado de una sensación de bienestar psicológico en general, por la pérdida de peso y cambios en la composición corporal. También contribuye a reducir el estrés, la ansiedad y depresión (Fainholc et al. en Braguinsky, 1996).

No está claro cuales son los mecanismos por los que el ejercicio produce tales beneficios. Las hipótesis se orientan a la acción biológica a través de la liberación de endorfinas, otras por lo cognitivo mediante el reforzamiento al realizar una tarea positiva, o al satisfacer parcialmente las pulsiones eróticas y reforzar el yo en su capacidad de dominio (Freud, 1905).

Los cambios químicos pueden afectar el cerebro y estos factores influenciar la autoestima, pero es relativamente fácil observar como el ejercicio mejora la autoestima al incrementar la autoeficacia. Los niveles de actividad tienen un valor para la persona, si esos niveles se alcanzan, la persona estará satisfecha, esto es difícil en los obesos, incluso peligroso, porque ejercicios de alta intensidad pueden aumentar el riesgo de lesiones y favorecen el grado de deserción; parte del tratamiento debe incluir la reinterpretación de los valores que los niveles de ejercicio tienen para la persona obesa.

Implementar un programa de ejercicio en el tratamiento de la obesidad implica un desafío muy grande, existe un amplio grado de deserción de los pacientes en los programas de tratamiento para la obesidad, más aún, si incluyen ejercicios. Generalmente los obesos son personas que tienen una historia pobre de actividad física y frecuentemente no son capaces de realizar ejercicios vigorosos; una idea tradicional es que se requieren grandes cantidades de ejercicio y de mejoría cardiopulmonar para bajar de peso, lo cual es cierto en parte, pero el ejercicio aunque sea en niveles relativamente bajos puede mejorar en gran medida la salud (Brownell, 1995; Fainholz et al. en Braguinsky, 1996). Fogelholm, Kukkonen-Harjula, Nenonen y Pasanen (2000) estudiaron a 85 mujeres de edad promedio de 40 años y con un IMC de 34 con el fin de determinar el papel de la actividad física en el mantenimiento del peso. El estudio tuvo una duración de tres años, estaba compuesto por tres fases de tratamiento. Para iniciar, las personas participaron en un programa de reducción por 12 semanas, subsecuentemente se asignaron a una de tres condiciones de tratamiento: a) grupo control que permaneció sin incremento del ejercicio habitual; b) grupo uno al que se le prescribió caminar de 2 a 3 horas semanalmente; c) grupo dos que tenía que caminar de 4 a 6hrs por semana. Los sujetos usaban un monitor de la tasa cardíaca durante las sesiones de caminata. La tercera fase era estar los dos años siguientes sin supervisión. Como resultados se observó que después de las doce semanas de reducción la principal disminución de peso fue de 13.1kg., durante el programa de mantenimiento de peso se observó un aumento de 2.0kg en el grupo control, mientras que los grupos de ejercicio permanecieron estables. De manera interesante se observó que las mujeres que caminaron moderadamente (2-3hrs por semana) tuvieron una mayor capacidad para adherirse al tratamiento a largo plazo en comparación con el grupo de actividad física más alta. Los resultados sugirieron que la prescripción de ejercicio en moderada intensidad o moderado volumen tiene un mayor éxito.

Como se mencionó en líneas anteriores aunque el efecto del ejercicio en la pérdida de peso es modesto, es importante su valor para el efecto de mantener el peso a lo largo del tiempo, y prevenir futuras recaídas del mismo. El

mantenimiento del peso está asociado con buena salud; otros patrones de cambio de peso, como la ganancia y la pérdida exagerada, están relacionados con el incremento en el riesgo de mortalidad. Se ha encontrado que la variabilidad en el peso está asociada positivamente con el padecimiento de enfermedades coronarias tanto en hombres como en mujeres (Jeffery, 1996; Rössner, 1995). Braguinsky (1996) cita un estudio que se realizó en el año de 1995, llamado "Seven Countries Study", fue un estudio prospectivo de 15 años de duración que abarcó cohortes de hombres de 40 a 50 años de 7 países europeos. Los resultados de este estudio muestran que la disminución o las fluctuaciones de peso corporal se asocian con aumento de mortalidad. Los diversos factores de riesgo metabólico y vasculares mejoran con el descenso de peso en un período determinado, pero es difícil demostrar que eso cambios se mantienen con el tiempo y que signifiquen una mejoría global en la morbilidad o en la expectativa de vida

4.5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

El tratamiento quirúrgico está indicado sólo para la obesidad severa; tres aspectos de este problema proveen una razón muy fuerte para la aproximación quirúrgica: 1) las personas con obesidad severa tienen mayor riesgo de mortalidad y morbilidad; 2) algunas personas obesas presentan trastornos psicológicos, especialmente relacionados por su obesidad, debido a que son objeto de discriminación y prejuicios; 3) los tratamientos conservadores han sido ineficaces en la producción o mantenimiento de pérdida de peso.

Con este tipo de tratamiento existe la gran ventaja de que la pérdida de peso que ocurre se puede mantener a largo plazo, contribuyendo esto a mejoras en diversas áreas, tanto en el funcionamiento social de las personas como en el psicológico y en la salud en general. Stunkard, Stinnett y Smoller (1986) citan algunos de estos logros, con la derivación intestinal; la mejoría en el funcionamiento psicosocial implica: progreso en el estado de ánimo, autoestima, mejoría en autoimagen, involucramiento en actividades sociales y mejoran las relaciones interpersonales. Sin embargo, Waters, Poirés y Swanson (1991 en Hsu et

al. 1998) encontraron que, las mejorías en el autoconcepto reportadas por los mismos pacientes se disipó a los tres años de seguimiento del bypass gástrico, aun en los pacientes que mantuvieron el peso bajo y buena salud. Otro estudio, más específico a este respecto, refiere que los pacientes con obesidad mórbida, que buscan cirugía bariátrica, tienen una imagen corporal marcadamente deteriorada; la normalización del peso corporal que se obtiene después de la cirugía bariátrica, recupera algunos aspectos concernientes a la satisfacción de la percepción de atractivo y de delgadez, pero la preocupación angustiante, con respecto a la importancia atribuida al peso y a la morfología somática, aunque mejoran no se normalizan (Adami, Meneghelli, Bressani y Scopinaro, 1999).

Los datos que existen con respecto a las relaciones de pareja y sexualidad son pocos y controversiales; se ha reportado que la mejoría en el autoconcepto y la asertividad pueden provocar conflictos maritales e interpersonales y que se requieren nuevas habilidades para enfrentar el incremento de aceptación social (Stunkard et al. 1986; Hsu et al. 1998). En un estudio realizado por Kinzl et al. (2001) con 82 mujeres, que fueron sometidas a gastroplastía vertical, encontraron que en la mayoría de ellas, la decisión de intervenir quirúrgicamente tenía que ver con mejorar la apariencia física. En 44% de las participantes se encontró que evaluaban su vida sexual estable, el contacto sexual era regular antes de la cirugía, otras mencionaron que tenían problemas en esta área, como disminución del deseo sexual o evitación por completo del contacto sexual. Después de la cirugía 63% reportó disfrutar más de las relaciones sexuales, en cuanto a las relaciones de pareja el 70% no reportó ningún cambio en esta área, el 20% mencionó haber mejorado y el 10% tuvieron efectos negativos a consecuencia de la reducción de peso.

Estudios que reportan la calidad de vida después de la cirugía describen una mejoría indistintamente de la técnica quirúrgica utilizada, pero hacen referencia al óptimo beneficio del bypass gástrico sobre otros tipos, como la gastroplastía vertical con banda y la banda gástrica de silicón ajustable aplicada por laparoscopia; el bypass gástrico reduce el peso corporal desde el 75 al 100% del sobrepeso. En el 75% de pacientes, de una muestra de 90 casos, de un estudio

multicéntrico realizado en Estados Unidos y Europa, mostró que los beneficios no tuvieron restricción independientemente del cirujano, la cultura del paciente, ni su origen étnico (Hell y Miller, 000)

Schok. (2000) en su estudio con 74 obesos que fueron sometidos a cirugía, con banda gástrica ajustable por laparoscopia, encontraron cambios en peso y en IMC después de un año de la operación. La evaluación prequirúrgica determinó que estos pacientes tenían una baja calidad de vida, en comparación con un grupo control con la misma edad que los pacientes; la calidad de vida psicológica y social postoperatoria estuvo relativamente normal; en cuanto a su funcionamiento físico, vitalidad y salud en general se encontró que estaban por debajo de lo normal. Los resultados sugieren que se debe prestar especial atención en la condición física de los pacientes que han sido operados. En este mismo estudio se realizó una evaluación retrospectiva hallando que los beneficios relativos de la cirugía son apreciados en menor grado por aquellos pacientes con un seguimiento largo. La apreciación de las diferencias en la calidad de vida, antes y después de la cirugía, se esperaría que motivara a los pacientes a consolidar la reducción de peso establecida quirúrgicamente, pero debido a la poca apreciación de los beneficios relativos, el riesgo de una recaída se incrementa.

Los beneficios de la cirugía bariátrica en los pacientes con obesidad severa van más allá la pérdida de peso con fines estéticos; casi todas las comorbilidades, las cuales son difíciles de tratar por medios conservadores, pueden mejorar después de una cirugía exitosa. Dhabuwala (2000) en su estudio realizado con 157 personas, con obesidad severa, reportó que además de la pérdida de peso se observó en la mayoría de los pacientes mejoras en cuanto a los problemas de hipertensión, asma, apnea del sueño, y los niveles de triglicéridos y colesterol se estabilizaron. El autor agrega que las mejoras se deben en gran medida a la pérdida de peso, además, en consecuencia, cambios de patrones de ejercicio ya que aumentó la movilidad y los hábitos de alimentación también se modificaron, la ingesta de calorías y carbohidratos disminuyó.

Hsu et al. , en su revisión de 1998, refieren algunas de las complicaciones de dos de las cirugías más comunes para el tratamiento de la obesidad mórbida, la

gastroplastia vertical y la derivación gástrica (bypass); éstas pueden ir desde el desanudamiento de las uniones que forman las bolsas gástricas, lo cual impide la pérdida de peso adecuada, hasta la salida de material intestinal a la cavidad del abdomen lo que provoca graves peritonitis; entre estas dos complicaciones están la estenosis gástrica, los abscesos, las embolias pulmonares, las trombosis venosas y otras complicaciones médico quirúrgicas que ponen en peligro la vida del paciente. Son de llamar la atención las complicaciones menores por su alta frecuencia, cerca del 70% de los pacientes con bypass gástrico se quejan de debilidad, palpitaciones, sudoración en relación con al ingesta excesiva de productos con altas concentraciones de carbohidratos, en lo que se ha llamado el Síndrome de Vaciamiento (Dumping); otras complicaciones menores por su fácil resolución, son las deficiencias de vitamina B12, ácido fólico y hierro. Pero lo más significativo es la variabilidad en el éxito de la pérdida de peso entre los sujetos que se someten a las operaciones, el autor reporta, en su revisión, el estudio de Adelaide quien encuentra que el 15% de sus pacientes no reportaron mejoría con el bypass gástrico.

Otro estudio, realizado por Sugerman (1987), reporta la recuperación del 5% del peso de sus pacientes sometidos a bypass gástrico entre los 12 y 16 meses posteriores a la cirugía. Estos datos les permitieron especular acerca de las causas del fallo del mejor método conocido para la reducción de peso en la obesidad mórbida, se consideran tres áreas que directa o indirectamente influyen, y proponen sendos campos de investigación: la conducta alimentaria, el metabolismo energético y el funcionamiento psicosocial. Además de las complicaciones ya mencionadas la falta de adaptabilidad psicológica de los pacientes a una pequeña bolsa y sus consecuencias puede ser un factor más para el fracaso de la cirugía. Pessina, Andreoli y Vasallo (2001) opinan que los factores psicosociales son un indicador del éxito de los pacientes ante la cirugía, los pacientes que no sufren problemas personales o relacionados, muestran una buena adaptación a la cirugía, además de que pierden peso. La ausencia de estresores psicosociales, aunado a expectativas realistas y una fuerte motivación para cambiar son probablemente los predictores más confiables del éxito en la

cirugía bariátrica. Sin embargo aquellos pacientes que experimentan acentuadas dificultades psicológicas y ambientales son capaces de enfrentarlas con éxito y lograr buenos resultados, en cuanto al peso, originando efectos psicológicos favorables; sobretodo porque la pérdida de peso masiva para este tipo de pacientes puede resultar terapéutica. A partir de esto es pertinente mencionar que es necesario una educación prequirúrgica precisa y sensibilización psicológica pretratamiento en los casos más difíciles, acompañando esto de una evaluación psiquiátrica y psicológica exhaustiva. Soporte psicológico en donde tanto el cirujano como el psicólogo colaboren para auxiliar al paciente a superar los obstáculos que dificultan la adaptación a la restricción de alimento impuesta.

Las cirugías restrictivas para tratar la obesidad mórbida imponen cambios en la dieta y nutrimentos, los efectos terapéuticos de la restricción calórica, se relacionan con los efectos secundarios como la intolerancia a diferentes tipos de comida, dietas no balanceadas y malnutrición. Después de la cirugía, principalmente la gastroplastía vertical con banda, los pacientes son forzados a reducir la cantidad de ingesta de alimento y cambiar su dieta empezando con líquidos o puré y pasando progresivamente a una dieta blanda y sólida, ésta última con una cantidad limitada, es la meta de la cirugía tipo gastroplastía vertical con banda, pero la ingesta de alimentos blandos ricos en calorías como los helados son frecuentemente la causa del fallo en los objetivos.

Kriwanek (2000), con el fin de determinar los cambios en la dieta después de la gastroplastía vertical con banda, realizó un estudio con 70 pacientes encontrando una reducción en el IMC y peso en el 80% de los sujetos, acorde con el criterio de éxito. En cuanto a las dietas, el 36% de los pacientes comían sólidos, 43% alimentos blandos y el 21% dieta líquida. La reducción de peso no dependió del tipo de dieta pero sí de la ingestión de azúcares; 93% de los participantes indicaron que podían comer sólo una pequeña cantidad de alimento, 76% de los pacientes reportaron intolerancia a ciertos alimentos como carne, frutas y vegetales. El problema más común fue el vómito, después de la ingestión de grandes cantidades de alimentos o de comida no tolerable.

En el área de la conducta alimentaria Hsu, et al. (1998) proponen que hay una diferencia entre saciedad y satisfacción, la primera, se relaciona con el llenado gástrico y se resuelve muy bien con la cirugía, pero la segunda, que involucra otros mecanismos, probablemente centrales, se relaciona con trastornos de la alimentación aún no completamente definidos como son: atracones, el comer nocturno y comer sin saciedad. El artículo concluye que el trastorno por atracón es muy común entre los obesos mórbidos que buscan la cirugía bariátrica y éste puede persistir después de la cirugía conduciendo a una recuperación de peso.

Uno de los problemas más frecuente en el estadio posterior a la cirugía bariátrica era el del vómito. Antes de tipificar los trastornos de la alimentación, sobretodo el trastorno por atracón, la frecuencia de este efecto secundario era muy alta del 15 al 20%, actualmente con esta variable excluida, la frecuencia del vómito se ha reducido importantemente entre 6.6 y 3.3%, dependiendo de la técnica que se utilice siendo el porcentaje más bajo para las bandas ajustables de silicón aplicadas por laparoscopia (LAP-BAND), además esta técnica tiene la ventaja de una reducción significativa en las complicaciones quirúrgicas (Busetto, et al. 1997).

Glenny, et al. (1997), a partir de su artículo de revisión, concluyen que hay una fuerte evidencia que indica la efectividad del bypass gástrico en el tratamiento de pacientes con obesidad mórbida. Encontraron siete estudios que comparaban el bypass gástrico (la técnica de "Y de Roux") contra gastroplastía (banda vertical, banda horizontal o procedimientos indefinidos); seis de éstos estudios mostraron una pérdida de peso postquirúrgica significativamente mayor a favor del bypass gástrico. La pérdida de peso típica, a un año después de la intervención, fue de 45 a 65 kg comparado con 30 a 35 Kg., después de la gastroplastía. Y agregan que dado el alto nivel de éxito en el mantenimiento de la pérdida con la cirugía, ésta podría ser útil en el aspecto de costo beneficio de su utilización en pacientes que no son obesos mórbidos y que han fallado con otras aproximaciones terapéuticas, sin olvidar los riesgos colaterales que esto implica.

Históricamente los factores psicológicos fueron considerados como efectos contrarios en la resolución de los tratamientos de la obesidad. Dos supuestos, que

se consideraban, decían que la obesidad era benéfica psicológicamente como símbolo de fuerza o para evitar el contacto personal cercano, el otro supuesto era que la hiperfagia satisfacía emocionalmente y que la resolución de la obesidad solamente podría ser llevado a cabo si se resolvía el problema psicológico. Sin embargo, los intentos para demostrar empíricamente estos supuestos, no han sido contundentes y el énfasis se centró en la psicopatología descriptiva, los aspectos cognitivos e interpersonales del nivel de peso y de la conducta alimentaria.

En cuanto a la psicopatología, los estudios comparativos no han encontrado un incremento en las condiciones psiquiátricas de los obesos leves y moderados, sin embargo entre los obesos mórbidos aparentemente hay una condición depresiva más importante que en los grupos controles; al parecer también hay una tendencia a la depresión en sujetos que pierden peso después de la cirugía bariátrica, aunque no esté claro si la causa es la propia cirugía, la pérdida de peso, u otra condición social o biológica. La comparación entre las tasas de suicidio anuales, en los Estados Unidos, de individuos en general y las tasas de suicidio en los sujetos postcirugía bariátrica parecen ser mayores pero es difícil determinarlo porque la comparación estadística es complicada.

El caso de la cirugía de liposucción merece una consideración aparte. La población general insiste en solicitar intervenciones de este tipo para "reducir de peso y talla." El inconveniente más serio de la liposucción es que no está indicada en el tratamiento de la obesidad; una succión de grasa de cuatro a cinco litros se considera una intervención quirúrgica mayor y requiere de procedimientos especiales en el quirófano, esta cantidad de grasa no implicaría la resolución de la obesidad. Por lo tanto este procedimiento está únicamente indicado para moldear las proporciones del cuerpo y no para perder peso o reducir tallas.

En manos expertas es muy seguro, aún así hay complicaciones como la irregularidad en el contorno que se intentó modificar, edemas prolongados, hiperpigmentación, infecciones de la piel, hematomas, en las regiones operadas y otras mayores como embolia pulmonar grasa, reacciones alérgicas a los medicamentos aplicados (0.1 a 2%) que requieren hospitalizaciones y raramente

llegan a la muerte, se presentan en intentos de aspirar más de 5 litros de grasa (Matarasso y Hutchinson, 2001).

4.6 GENERALIDADES DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD INFANTIL.

En el caso de los niños los lineamientos son muy estrictos, por lo que la comparación es difícil, los tratamientos farmacológicos no están considerados, debido a que los cambios esperados no son permanentes y sólo son efectivos mientras que se ingieren, por lo que no se considera un tratamiento a lo largo de la vida. Las drogas utilizadas en los adultos tienen potenciales efectos colaterales que desestiman el uso en los niños (Ebbeling, et al. 2002).

La limitación de la ingesta en niños es un riesgo. Se ha encontrado que la restricción dietaria se asociaba con una disminución en la velocidad de crecimiento en niños obesos. Limitar la ingesta de energía en niños puede incrementar la prevalencia de un déficit de nutrientes específicos (Hierro, zinc, calcio, vitaminas A y D) y ponerlos en riesgo de malnutrición. Las revisiones muestran un alto nivel de fallas en el intento de mantener los resultados a largo plazo. (Ikeda y Mitchell, 2001)

El examen de las últimas décadas sobre la cirugía bariátrica en niños con obesidad severa reporta una serie de complicaciones que hacen desestimar este procedimiento, entre las más frecuentes están la obstrucción intestinal, hemorragia gastrointestinal, infección de vías biliares, deficiencias nutricionales crónicas y muerte durante la intervención. La técnica más empleada ha sido el bypass gástrico (Strauss, 2001 en Ebbeling, et al. 2002).

Un cambio importante en los niveles metabólicos medidos (glucosa, niveles de colesterol y otros) y en los parámetros psicológicos (autoestima, reducción de estrés, ansiedad y depresión) son las ventajas que ofrece el ejercicio, como uno de los pocos tratamientos aceptados en la población infantil. Los cambios en el peso aparentemente son más duraderos con la actividad física, iniciar a los niños en el

ejercicio los aleja del sedentarismo y de aquellas situaciones que son de más alto riesgo para incrementar la obesidad, como ver televisión. (Sasaki, et al. en Epstein, 1995).

La siguiente tabla resume las ventajas y desventajas de los tratamientos revisados. (Tabla 8)

Tabla 8. Comparación entre ventajas y desventajas por grupo de tratamiento

TRATAMIENTO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
COGNITIVO CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de conducta. • Utilización de registros. • Información puntual, cuantitativa y detallada. • Conocimiento sobre la conducta aparentemente mayor. • Incluye ejercicio, dieta y apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo de evaluación y tratamiento corto. • Resultados difíciles de mantener. • Dietas inadecuadas (800 a 1500kcal). • Problema en el registro de calorías. • Manipulación de la información por el paciente (olvidos, engaños, subjetividad). • Respuesta profesional tardía.
PSICOANALÍTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar condiciones sin mejoría por otros métodos (imagen corporal, comorbilidad psíquica). • Mantenimiento en el peso reducido. • Asociación libre, sueños, y otros métodos para conocer procesos inconscientes subyacentes a la obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • No diseñados ex profeso. • No realiza reportes científicos controlados. • Costoso. • Sin dietas, ejercicio y apoyo social. • Cambios conductuales tardíos.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Continuación....Tabla 8

TRATAMIENTO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<p>RESTRICCIÓN ALIMENTARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promueven pérdida acelerada de peso. ▪ Algunas son balanceadas. ▪ Bajo supervisión médica son seguras, efectivas, con mínimos factores de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poco prácticas. ▪ Algunas promueven pérdidas peligrosas peso. ▪ Monótonas, provocan pronto abandono. ▪ Muchas carecen de fundamento científico. ▪ Difícil mantener la pérdida de peso.
<p>FARMACOLÓGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su uso no es prolongado. ▪ Controlan ansiedad. ▪ Permiten asociarlos para mejorar efectos. ▪ Son efectivos para inducir la pérdida de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se considera tratamiento mágico. ▪ Reacciones secundarias. ▪ Incitan al abuso. ▪ Riesgos en la salud física y mental. ▪ Los efectos no son a largo plazo. ▪ Variedad en presentación que dificulta su elección. ▪ Síntomas de supresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Continuación...Tabla 8

TRATAMIENTO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
ACTIVIDAD FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda a la pérdida y mantenimiento de peso. ▪ Combinable con todos los tratamientos. ▪ Modifica composición corporal, metabolismo basal y aspectos psicológicos ▪ Mejora riesgos asociados a la enfermedad. ▪ Previene recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios de alta intensidad implican riesgo de lesiones. ▪ Baja adherencia.
QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento a largo plazo. ▪ Mejoría en calidad de vida, aspectos psicosociales y riesgos asociados por comorbilidad somática. ▪ Aumento de movilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complicaciones quirúrgicas. ▪ Debilidad, palpitaciones, vómito, sudoración, deficiencias vitamínicas, angustia, depresión. ▪ Falta de adaptación a cambios (alimentación, peso, morfología.) ▪ Indicado sólo en obesidad mórbida. ▪ Recaídas.
LIPOSUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> • No esta indicada en la obesidad.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO 5.

5.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Al hacer en este trabajo una búsqueda y análisis exhaustivo de bibliografía llego a la conclusión de que la obesidad es un concepto que ha evolucionado dramáticamente; considerado un signo de salud y reproducción antes del siglo XX, a ser una enfermedad en aumento. Inicialmente se manifestó como un cambio cultural y estético, sin embargo, cada vez más, la obesidad se ha asociado a enfermedades (Braguinsky, 1996; Devlin, et al. 2000) que obligan a redefinir el concepto; ampliándolo al de enfermedad asociada a trastornos psicológicos para incluirlos en Trastornos de la conducta alimentaria. Se ha redefinido no sólo como el exceso de peso sino como el exceso de tejido adiposo que aumenta la masa corporal. La obesidad se asocia con niveles socioeconómicos bajos, es mucho más común en mujeres que en hombres y aumenta con la edad. (Hales, et al. 2001).

Los cambios en el concepto han incluido la diferenciación de tipos de obesidad, según su morfología, su desarrollo y los factores de origen ya que ha resultado evidente que no todos los tipos tienen los mismos riesgos ni evolución. La obesidad abdominovisceral se asocia más a problemas cardiovasculares. La obesidad hiperplásica tiene un tiempo de evolución desde la infancia, mientras que la hipertrófica se adquirió en la adultez. El tipo difuso puede dar la impresión de que la persona no tiene obesidad, ya que la distribución de grasa corporal es generalizada y no tiene la típica apariencia de un obeso. Resulta sorprendente, sin embargo, descubrir que las propuestas terapéuticas no toman en consideración estos factores.

Los métodos para medir la obesidad también se han afinado, hoy ya no basta con decir que una persona está por arriba del peso esperado para su edad y talla, sino que se utilizan conceptos como el de índice de masa corporal (IMC) y el Porcentaje de grasa corporal para diagnosticar la obesidad, siendo éste último el más exacto; además se toman en cuenta factores adicionales tales como el índice

cintura-cadera y pliegues cutáneos, para determinar una obesidad riesgosa. Llama la atención que la mayoría de los trabajos sobre tratamientos para la obesidad toman en cuenta principalmente el IMC como método para determinar la obesidad, quizá porque es el más práctico.

La obesidad es hoy un problema de salud mundial, paradójicamente a los problemas de desnutrición de los países pobres, son estos los que tienen cada vez más población obesa y con sobrepeso.

México, tiene los dos problemas presentes y así encontramos que la encuesta nacional de nutrición de 1999 (Instituto Nacional de Nutrición, 1999) revela cifras importantes de exceso de peso y obesidad en la población general; la OMS señala cifras alarmantes que colocan a la obesidad como una epidemia (Medellín 2002).

El concepto de obesidad aun es ambiguo, pues aunque resulta evidente que se trata de un problema conductual (en su variante exógena) no se incluye en los apartados de enfermedades mentales, allí sólo encontramos, en los Trastornos de la conducta alimentaria, a la anorexia y la bulimia, aunque la obesidad comparte con éstos aspectos cognoscitivos y conductuales tales como la forma de comer, la insatisfacción con la imagen corporal y el seguimiento periódico de dietas restrictivas.

Es obvio que todos los factores que se proponen en la etiología de la obesidad influyen en gran medida, pero esclarecer en que grado actúa cada uno es tarea aún por determinar, ya que, en cada una de las disciplinas que estudian estos factores persiste la tendencia solamente a considerar su perspectiva como la más importante. Los genetistas buscan encontrar las alteraciones genómicas que expliquen la obesidad ya que, algunos hallazgos son contundentes como las alteraciones en los genes "ob" y "db" que intervienen en la acción de la leptina, mediador químico hormonal de acción hipotalámica y otros núcleos cerebrales relacionados con la fisiopatología de la obesidad.

Es de gran importancia comprender los mecanismos del hambre y la saciedad, que están involucrados en la respuesta de la ingesta de alimentos, ya que cualquier persona que rompa el balance energético aumentará de peso si su ingesta es mayor a su desgaste, ya que el cuerpo humano obedece a las leyes de la termodinámica universal, transformando la energía del exterior a su interior. Los mecanismos fisiológicos involucrados en la etiología de la obesidad son los de largo plazo o regulación de la energía y también los de corto plazo o regulación del alimento.

Si los centros neurales del control de estas sensaciones y sus respuestas se alteran pueden ser causantes de ingesta excesiva de alimento, por ejemplo las lesiones en los núcleos ventromediales y los paraventriculares del hipotálamo, algunas áreas de la amígdala y porciones de la corteza prefrontal.

Las hormonas y neurotransmisores involucrados en la etiología de la obesidad son: la leptina, que al no funcionar adecuadamente provocará alteraciones en el control de la saciedad, el neuropéptido "Y" y las orexinas/hipocretinas que estimulan el consumo de alimentos; el factor de transcripción regulado por cocaína y anfetamina (CART) que administrado a cerebros de experimentación inhibe la alimentación, mientras que la neutralización del mismo aumenta la ingesta.

Contrasta la acuciosidad de los trabajos de investigación de los factores genéticos y neuroendocrinológicos, con el descuido en los aspectos psicológicos de la etiología de la obesidad. Algunos autores refieren que los obesos tiene hábitos alimenticios poco saludables, que se contraponen a los mecanismos antes mencionados y se manifiestan concomitantemente al estrés, a veces como su liberador. Otros resaltan la importancia del periodo de la infancia en el origen de la obesidad, sobre todo en lo concerniente a la relación madre hijo; hacen referencia al aprendizaje de las conductas de alimentación, ciertos patrones, las preferencias a determinados sabores y el uso de alimentos, como reforzadores.

Otros elementos invocados serían los errores de la madre para traducir las demandas del infante dándoles el significado de proveer alimento, y a la ausencia de la madre como desencadenante de la ingesta excesiva.

Los factores socioculturales en la obesidad son altamente contradictorios, por un lado exigen lucir cuerpos delgados como un ideal de belleza y quienes no lo cumplen son objeto de prejuicios y discriminación, por el otro, la industrialización y mecanización de la vida promueve no sólo el sedentarismo sino también la disponibilidad de alimentos procesados, ricos en calorías sobretodo carbohidratos y reducidos en fibras, que favorecen la obesidad.

Además está el valor sociocultural intrínseco del alimento, que se entiende como un símbolo de la integración con la familia, de hospitalidad, de la identidad étnica y no sólo un nutriente. Resaltan las diferencias culturales con relación a la alimentación entre la cultura norteamericana y la europea, porque a pesar de que los europeos consumen una mayor cantidad de grasas, que los norteamericanos, estos tienden a padecer más problemas cardiovasculares y de obesidad.

En México el problema de la obesidad se incrementa alarmantemente en los niños, y hay datos que sugieren que está relacionada a la falta de actividad debida a las horas que pasa el niño, frente a la televisión y el tipo de alimentos que ingiere (Fanghänel en M. C. Gómez 2001; Hernández, 1999; Yamamoto en Olvera 2002). Esto coincide con los datos mundiales sobre el aumento de la obesidad infantil que también se relacionan con las horas de inactividad frente a la televisión, la ingesta de comidas rápidas ricas en carbohidratos y grasas y bajas en fibras (Ebbeling, et al. 2002).

Quien no logra resolver las contradicciones mencionadas aunado a otros factores y llega a la obesidad, ha de sufrir el rechazo de sectores como el laboral, donde su apariencia no es considerada aceptable. La idea prejuiciosa de su gran pereza y voracidad, los excluyen de los trabajos, del transporte y del vestido, que

no consideran a las personas obesas; éstos sectores provocan que la obesidad adquiera la característica de discapacitante porque los espacios determinados para asientos y pasillos en teatros, vehículos, etc. están determinados para cierto volumen, las tallas de la ropa los alejan de la moda con consecuencias en su socialización, y, además, el repudio de la moral y la religión que también los considera perezosos, feos, faltos de control y portadores del pecado de la gula.

La psicopatología está vinculada con la obesidad, para algunos autores ésta es origen de la enfermedad mental (Molinari y Razzoni, 1997 y R. Álvarez, 1999) para otros está vinculada en comorbilidad con trastornos psiquiátricos (Wilson en Rowland, 1985 y Mancilla, et al. en G. T. Álvarez, et al. 1998) y otros la consideran como una enfermedad mental en sí misma (Cormillot y Zukerfeld, 1997 y Rascovsky, et al. 1950), pero no está muy claro. Hay quienes han intentado determinar las características de personalidad de los obesos para explicar el origen del sobrepeso.

Si se le considera una enfermedad mental en sí misma es importante determinar su origen, éste se ha propuesto en las alteraciones de las etapas tempranas del desarrollo. Las hipótesis teóricas psicodinámicas proponen la oralidad, que explican el problema mediante el mecanismo de control de las ansiedades de esa etapa por medio del alimento que es símbolo de objetos buenos, identificaciones super-yoicas que el "yo" debe aceptar; además la consideran una defensa maniaca, que a través de la satisfacción poco realista de la ingesta, intenta mitigar la depresión y sentimientos negativos del dolor de la separación. Lo más importante aquí es que estos mecanismos se proponen como una respuesta a situaciones estresantes, porque los sentimientos negativos irrumpen en las habilidades normales del control de ingesta de alimento.

Los trastornos psiquiátricos asociados han sido vistos como el efecto de la carga adversa de la obesidad y los más frecuentes según muchos autores son: la

depresión, la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria; en ocasiones se les considera como individuos propensos a presentar síntomas psicóticos.

Los rasgos de personalidad que acompañan a los obesos son la dependencia, la pasividad, la baja autoestima, gran necesidad de amor y descuido en las relaciones interpersonales.

Otros aspectos afectados por la obesidad son: el sexual y el de la autoestima. En relación al primer tópico la practica sexual está interferida desde la cantidad de citas sociales que los adolescentes obesos tienen, hasta la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales. En los obesos hay una falta de comunicación en los temas sexuales con sus parejas. El exceso de peso se ha relacionado como un medio para escapar de la práctica sexual, como si se sustituyera comida por sexo.

Dos conceptos han adquirido relevancia en el estudio de la obesidad, estos son la imagen corporal y la autoestima. Las exigencias sociales conducen a la inseguridad, los obesos no cumplen con los ideales y frecuentemente se ven así mismos como grotescos, con dificultades para relacionarse con el sexo opuesto, sin autocontrol, con una ignorancia de los mecanismos que los llevan a su enfermedad, repudiados por la sociedad, carentes de amor y comprensión, lo que los tiene en niveles de autoestima muy bajos. Esto último se agrava si la obesidad se presenta desde la infancia o la adolescencia, en esta se acentúa el problema de la imagen corporal debido a los cambios físicos propios de la etapa.

La obesidad es un problema crónico, requiere ser atendido a largo plazo y con persistencia para lograr un éxito duradero. Los tratamientos disponibles son: psicológicos que incluyen, la modificación de conducta, y psicodinámicos; tratamientos de restricción alimentaria, la actividad física, farmacológicos y quirúrgicos.

En vista del carácter multifactorial de la obesidad los tratamientos han de ser individualizados, tomando en cuenta la historia personal, la situación médica y las expectativas al tratamiento como los grandes parámetros generales.

Muy importante es hacer notar que existe una Norma oficial mexicana (NOM) que establece los lineamientos obligatorios para el tratamiento integral de la persona obesa, que tienen una definición, normas antecesoras como base y propone un tratamiento integral en el que se incluye el papel del psicólogo.

En los tratamientos psicológicos, la propuesta de la terapia cognitivo conductual parece ser la que mejor se adecua al problema de la obesidad, pues toma en cuenta varios aspectos importantes como: la educación, la dieta, el ejercicio, el apoyo social y la modificación de la conducta y del procesamiento distorsionado de la cognición. La propuesta principal de esta perspectiva es que el paciente revalore apropiadamente el tamaño de su cuerpo y mejore la medida de su autoestima; no tiene reticencias para utilizar medicamentos, incluir a la familia, tratar a los padres en caso de la obesidad infantil, pues siguiendo la teoría, los padres participan en el aprendizaje y perpetuación de los hábitos alimenticios. Pero la modalidad de este tratamiento tiene la característica de acentuar la dependencia, cierto grado de pasividad, que quizá sea parte de la explicación por la que al finalizar los tratamientos se observan recaídas, recuperación del peso perdido y de las conductas modificadas. Además los tratamientos no se proponen a largo plazo, y los que han tenido un seguimiento relativamente largo únicamente muestran controlar el aumento de peso, por un tiempo breve, sin reducirlo, ni mantenerlo bajo de por vida. Quizá el fracaso en este tipo de tratamientos este relacionado con lo que menciona Cooper y Fairburn (2001); éstos tratamientos no ofrecen las estrategias necesarias para evitar la recuperación de peso y no especifican y delimitan sus metas. Estos resultados se extienden para la población infantil, donde los trabajos cognitivo conductuales tampoco han tenido buenos resultados a largo plazo.

Aunque los tratamientos cognitivo conductuales son bien diseñados, en sus investigaciones tienen la desventaja de no ser personalizados e incluir diversas técnicas y modos de evaluación que dificultan apreciarlos de manera global. Los que incluyen dietas no toman en cuenta que la reducción de calorías se asocia con cierto grado de depresión y ansiedad, y que el control depende de los mismos pacientes, lo que puede llevar a un error en el cálculo de las calorías o a falsedad en los datos, fallos en los resultados y poca adherencia al tratamiento.

Los tratamientos cognitivo conductuales requieren para su realización de disciplina y continuidad para elaborar registros de actividad, comida, conteo de calorías, sometimiento a dieta, para su éxito; el fracaso de los obesos en este tipo de tratamientos se debe a que sus rasgos de personalidad como dependencia, pasividad, poca tolerancia a la frustración son precisamente contrarios a las disposiciones del tratamiento. Y si son difíciles en los tratamientos supervisados, lo son aun más cuando el tratamiento debe ser llevado por cuenta propia.

Aparentemente no basta con suprimir el síntoma, que es la característica de estos tratamientos, sino entender que la obesidad tiene relación con procesos psicopatológicos y psicológicos que ameritan un conocimiento más profundo del síntoma.

Los tratamientos psicoanalíticos no se centran en el cambio de comportamiento o de peso en el paciente, sino en los aspectos psíquicos subyacentes a la obesidad. Algunas indicaciones relacionadas son tratar aspectos que no hayan mejorado con otros métodos como la imagen corporal, autoestima y alteraciones psíquicas en comorbilidad. Sus estudios tienen un control pobre, pero sus aproximaciones teóricas ofrecen una atención individualizada, hasta en las terapias grupales. En los estudios (Rand y Stunkard, 1978; Rowland, 1985) que se citaron sobre esta modalidad, se registró una baja de peso concomitante a la disminución de las quejas principales motivo del tratamiento, sin concluirse si la reducción de peso fue resultado de la mejoría en la angustia y depresión o

viceversa. En estos mismos estudios los aspectos relacionados con las asociaciones de los obesos reiteraron lo dicho, en la teoría, con respecto a los problemas de relación interpersonal donde intervienen los alimentos como mediador.

En cuanto a los tratamientos de restricción alimentaria estos buscan equilibrar la ingesta de energía con el gasto de la misma y no solamente restringir la ingesta de calorías. Los lineamientos generales médicamente correctos ya se han establecido (Campollo, 1995) pero por lo general no son cumplidos, la mayoría de las dietas exigen un control de la ingesta planeando reducir más de los 500g. por semana que se recomiendan. Las dietas tienen un tiempo medio de acción corto (semanas) y muy pocas sugieren un cambio radical en el estilo de comer para toda la vida; por lo que las dietas restrictivas son poco útiles en el tratamiento a largo plazo de un mal crónico.

Las dietas más ventajosas son las que pretenden ser equilibradas incluyendo todos los grupos de alimentos, pero su desventaja es que son poco prácticas y no se pueden llevar con la rigurosidad y continuidad requeridas por el actual nivel de ocupación de las personas y la cultura occidental alimentaria. Otras dietas en cambio, son monótonas, mal balanceadas y pueden producir deficiencias poco recomendables, las personas las abandonan y cambian por otras sin permitir que muestren sus supuestas ventajas.

Un viraje muy importante en los tratamientos de restricción está relacionado con las dietas bajas en grasa y en calorías aplicadas a los niños y adolescentes obesos, el consenso es que no son recomendables por sus riesgos en la mala influencia sobre el crecimiento y desarrollo y, además, porque han demostrado ser de muy baja utilidad (Nelson, 1997; Ikeda y Mitchell, 2001).

La farmacoterapia ofrece una gama estrecha de medicamentos, los estudios son bien controlados y tienen la virtud de demostrar la fuerte limitación de las medicinas, remarcan los riesgos por efectos colaterales y las interacciones con

otros medicamentos; así como con otros tipos de tratamiento, la mayoría de las personas espera del medicamento una resolución total, casi mágica del problema, olvidándose del ejercicio, la dieta y los cambios psicológicos, que siempre son recordados por los fabricantes.

En los casos de fármacos de prescripción médica se requiere de consultar a un facultativo para recibirlos, mientras que los de compra directa son tan variados en sus presentaciones que es difícil saber cual es realmente efectivo.

Contrariamente a lo que la mayoría piensa, hacer ejercicio también tiene lineamientos claros en su aplicación contra la obesidad, debido a que actividades mal seleccionadas pueden provocar lesiones graves; además, no se propone como un tratamiento único sino como un coadyuvante que requiere del balance energético como base para la reducción de peso. El efecto del ejercicio es benéfico en el área psicológica ya que el cambio en la imagen corporal lleva a una mejora en el humor, autoestima y una sensación de mejoría en general, que se acentuará si se consigue la reducción de peso, ésta es difícil únicamente con actividad física, se requieren de grandes cantidades para lograrlo, pero una actividad constante, aunque sea de baja intensidad, ayuda a mantener la salud.

En el caso de los niños el ejercicio físico es lo único ampliamente recomendado, acompañado de dietas estrictamente supervisadas y moderadas. El ejercicio disminuye los tiempos de sedentarismo, disminuye los tiempos de televisión de que disponen y si las actividades son en equipo favorecen la socialización y no interfieren en el crecimiento y desarrollo sino que fomentan la maduración física y mental. Es importante incluir a la familia en el proceso de reeducación en actividad física y hábitos alimenticios.

En adultos los tratamientos quirúrgicos son la línea extrema, se proponen para las obesidades mórbidas o para las que se acompañan de enfermedades graves, requieren de un equipo amplio y multidisciplinario para el tratamiento pre

y postoperatorio. Actualmente "las técnicas restrictivas" son las más utilizadas, siendo las de mayor éxito la derivación gástrica (bypass) y la gastroplastía vertical con banda. El avance técnico de la laparoscopia disminuirá en lo futuro los riesgos y molestias de las cruentas cirugías abiertas.

Para los niños es un procedimiento muy cuestionado, los riesgos quirúrgicos y la evolución de la baja de peso, así como la pobre ingesta, los han desestimado (Ebbeling, et al 2002).

En Estados Unidos se tiene registrados 218,064 procedimientos de liposucción realizados por médicos calificados (Matarasso y Hutchinson, 2001); aunque es la cirugía estética más común, no se acepta como un tratamiento para la obesidad, ni siquiera para el sobrepeso.

En los resultados del tratamiento quirúrgico el éxito medico de la reducción de peso no significa necesariamente un logro personal, muchos de lo pacientes se quejan por una mala adaptación a su nuevo estado, porque estos cambios implican alteraciones en los hábitos alimenticios, imagen corporal, falta no real de fuerza, cambios en las relaciones interpersonales y en los patrones de actividad. Se propone la necesidad de educación prequirúrgica y sensibilización psicológica pre y post tratamiento, acompañándola de evaluaciones psicológicas y psiquiátricas exhaustivas.

La obesidad es un problema añejo y complejo y su resolución aún esta en visperas. Requiere, como cualquier problema de salud, de prevención en lo general y en lo particular, es decir, fomentando la educación sobre la alimentación y el ejercicio en la población general y actuando en las familias de los obesos y en la obesidad infantil. Como propone Ebbeling, et al. (2002) todo un cambio cultural y social que incluya tanto al hogar como la escuela, en esta última poniendo especial atención a la disposición de alimentos "chatarra" en la tienda escolar y en las maquinas despachadoras de botanas y "refrescos". Los cambios se habrán de

extender a la mercadotecnia y la publicidad, donde se tendrán que cuestionar las campañas dirigidas exclusivamente a niños, en las que se fomenta el consumo de alimentos ricos en calorías y grasas.

Lo óptimo y obligatorio, en la atención de este problema, tanto en niños como en adultos, es que sea multidisciplinaria, en la que participen psicólogos y médicos especialistas, debido a la heterogeneidad de este padecimiento.

La profundización en el estudio de los factores psicológicos involucrados, así como en las causas y tratamiento de éstos, permitirán su posible integración en la categoría de los trastornos alimentarios, lo que fomentará la investigación de este mal en aumento.

5.2 SUGERENCIAS.

- A. Fomentar la investigación sobre las causas, consecuencias y tratamiento en México.
- B. Realizar estudios con diseño multicéntrico que permita observar las posibles diferencias regionales, entre poblaciones rurales y urbanas, en el aspecto cultural y de las dietas, en relación con la obesidad.
- C. Plantear la obesidad como una entidad psicopatológica que atraiga sobre ella más recursos para la investigación.
- D. Estudios específicos para aclarar las diferencias entre obesidad de inicio en la infancia y de inicio en la adultez, desprendiéndose de esto si debe haber divergencias en los tratamientos para una y otra.
- E. En vista del poco éxito que tienen los tratamientos cognitivo-conductuales para reducir el peso hasta cifras ideales, modificar las metas planteadas, es decir, concentrarse en el mantenimiento de las reducciones de peso a largo plazo, y en evitar la recuperación de peso que comúnmente sucede.
- F. Fomentar en las investigaciones de tratamientos para la obesidad que planten sus ventajas y desventajas intrínsecas en comparación con otros tratamientos.
- G. Realizar estudios sobre la relación de nivel socioeconómico y obesidad en población mexicana.
- H. Como la N. O. M. para el tratamiento de la obesidad es obligatoria en el territorio nacional, debería ser un requerimiento para todo psicólogo interesado conocer los diferentes tipos de tratamientos que hay sobre este mal.

5.3 APORTACIONES.

- A. Este trabajo aporta una revisión de la extensa bibliografía sobre el tema de la obesidad.
- B. La revisión incluye un análisis de acuerdo a campos temáticos como el de la genética, fisiología, psicopatología y tratamientos sobre la obesidad.
- C. En cuanto a los tratamientos se realiza un análisis comparativo de las ventajas y desventajas de cada uno poniendo especial atención en los tratamientos psicológicos.
- D. Plantea posibles nuevos enfoques en la investigación de cada uno de los tratamientos en sus implicaciones psicológicas.

5.4 LIMITACIONES.

- A. Esta investigación tiene numerosas citas de origen extranjero, principalmente americanas, lo que impide hacer una apreciación más exacta de la problemática mexicana.
- B. El diseño inicial no incluía la diferenciación entre obesidad infantil y del adulto por lo que no se puntualizaron las ventajas y desventajas entre cada uno de los tratamientos, aunque sí se aprecia en la literatura las fuertes limitaciones que hay para los tratamientos dietéticos, farmacológicos y quirúrgicos en niños.
- C. En esta tesis se abordaron diferentes tratamientos para la obesidad lo que no permitió profundizar en cada uno de ellos, lo que sería motivo de trabajos por separado.

REFERENCIAS.

- Adami, G. F., Meneghelli, A., Bressani, A. y Scopinaro, N. (1999). Body Image in Obese Patients Before and After Stable Weight Reduction Following Bariatric Surgery. Journal of Psychosomatic Research, 46 (3), 275-281.
- Alperovich, B. J. (1988). Génesis y perpetuación de la obesidad o ¡Come y quédate quieto!. Revista de Psicoanálisis, 45 (6), 1027-1036.
- Álvarez, R. (1999). Obesidad y autoestima. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Álvarez, G. L., Mancilla, D. J., López, A. X., Vázquez, A. R., Ocampo, T. T. y López, V. (1998). Variables Psicológicas Asociadas a la Obesidad: Algunos Avances de Investigación. Psicología Iberoamericana, 6 (2): 22- 28.
- Andersen-Prado, P. (2000). A comunal goal. Better Nutrition, 62 (6), 32.
- Apgar, B. (1999). Evaluating the Effect of Orlistat in Obesity Treatment. American Family Physician; www.findarticles.com
- Aragón, V. E. (1999). Historia de la Cirugía. Cirujano General, 21 (4), 275-277.
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, CH. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos de los Trastornos Alimenticios: Anorexia y Obesidad. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 20-34.
- Black, D. R., Coe, W., Friesen, J. y Wurzman, A. (1984). Minimal Interventions for weight control: A cost Efective Alternative. Addictive Behavior, 9, 279-285.
- Blundell, J. E. y Hallford, J. (1995). Pharmacological aspects of obesity treatment: towards the 21st century. International Journal of Obesity, 19(3), 51-55.
- Bornay, E. (1990). El mito y sus disfraces: Las hijas de Lilith. Madrid: Cátedra.
- Boschert, S. (2000). Low-Carbohydrate Diet Reduces fat, serum. Family Practice New, 15.

- Braet, C. y Van Winckel, M. (2000). Long-Term Follow-up of a Cognitive Behavioral Treatment Program for Obese Children. Behavior Therapy, 31, 55-74.
- Braguinsky, J. (1996). Obesidad patogenia, clinica y tratamiento. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Brink, P. J. (1994). Stigma and Obesity. Clinical Nursing Research, 3(4), 291.
- Britz, B., Ziegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B. M., Remschmidt, H., Wittchen, H. U. y Hebebrand, J. (2000). Rate of psychiatric disorders in a clinical study of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via population based study. Int. J. Obes Relat Metab Disord, 24 (12), 1707-14.
- Brownell, K. D. (1995). Exercise and Obesity Treatment: Psychological Aspects. International Journal of Obesity, 19 (Suppl. 4), 122-125.
- Bruch, H. (1969). Obesity and Orality. Psychoanalytic, 3, 129-143.
- Busetto, L., Pisent, C., Segato, G., De Marchi, F., Favretti, F., Lise, M. y Enzi, G. (1997). The Influence of a New Timing Strategy of Band Adjustment on the Vomiting Frequency and the Food Consumption of Obese Women Operated with Laparoscopic Adjustable Silicone Gastric Band. Obesity Surgery, 7, 555-513.
- Campell, J. y Crawford, D. (2001). Family food environment as a determinants of preschool- aged children's eating behavior implications for obesity prevention policy. Australian Journal of Nutrition & Dietetics, 58 (1), 19
- Campollo, R. O. (1995). Obesidad: bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B. y Faith, M. S. (2000). Relationships Between Obesity and DSM-IV major Depressive Disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population Study. American Journal of Public Health, 90 (Issue 2), 251-157.
- Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez y Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implementación de un programa

de cambios en hábitos de alimentación. Revista Electrónica de Psicología; Vol1: www.psicologia.com.

- Ciliska, D. (1998). Evaluation of two nondieting interventions for obese women. Western Journal Of Nursing Research, 20 (1), 119.
- Corbin, W. R. y Corbin, Ch. B. (1997). Self-esteem Profiles: A Comparison of Children Above and Below National Criteria for Body Fatness. Physical Educator, 54, 47.
- Collins, D. C. (2001). Dieta de reducción de peso. Todo Natural, 35, 38-40.
- Cooper, Z. y Fairburn, Ch. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. Behaviour Research and Theraphy, 39, 499-511.
- Cormillot, A. F. y Zuckerfeld, R. (1997). Desórdenes de la alimentación en obesos de Buenos Aires. www.salud_mental.com
- Cowan, S, M.G. (2000). Venus de Willendorf. American Journal Clinic Nutrition. www.encolombia.com.
- Chapman y Hall. (1994). Obesity Pathophysiology, Psychology and Treatment. New York: Chapman Ed y Hall
- Delpeuch, F. (2002). Un indicador sencillo y objetivo. Mundo Científico, 213, 36-37.
- Devlin, J. M. y Yanovski. (2000). Obesity: What health professionals need to know. American Journal Psychiatry, 157,(6), 854-866.
- Dhabuwala, A. (2000). Improvement in Co-Morbidities Following Weight Loss from Gastric Bypass Surgery. Obesity Surgery, 10, 428-435.
- Dieta higiénica. Todo Natural, 38, 28-33
- Domínguez, A; (2001); Las dietas más seguras. Cuerpomente; Sup4: 34-35.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, B. D. y Ludwig, S. D. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. The Lancet, 360, p473.
- Enfoque de la Obesidad a través de la Historia. (2001). www.encolombia.com
- Epstein, L. (1995). Exercise in the Treatment of Childhood Obesity. International Journal of Obesity, 19, (Suppl.4), 117-121.

- Fogelholm, M., Kukkonen-Harjula, K., Nenonen, M y Pasanen, M. (2000). Effects of Walking Training on Weight Maintenance After a Very-low-energy Diet in Premenopausal Obese Women. Arch. Intern. Med., 160, 2177-2184.
- Freud, S. (1905). Tres Ensayos Sobre Teoría Sexual; Obras completas, Ed. Amorrortu.
- Friedlander, J. (1999). Every life: ordinary pleasure rituals and taboos. Social Research, 66 (1).
- George, S. M. y Cowna, Jr. (2000). Venus of Willendorf. American Journal Clinic Nutrition. www.encolombia.com.
- Goldberg, G. K. (2000). Fighting the Food Fight. Insight on the News; www.finarticles.com.
- Gómez, M. C. (2001, julio). Crece el número de niños y adolescentes obesos. La Jornada; p 47.
- Gómez Pérez- Mitré. (1993). Detección de Anomalías de la Conducta Alimentaria en Estudiantes Universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. Psicología Iberoamericana, 6 (2), 10-21.
- Gonzáles, M. V. (1976). Observaciones sobre alteraciones de la imagen corporal en pacientes obesos. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Glenny, A. M., O'Meara, S., Melville, A., Sheldon, T. A. y Wilson, C. (1997). The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. International Journal of Obesity, 21, 715-737.
- Guy-Grand, B., Apfelbaum, M., Crepaldi, A., Lefebvre, P. y Tuner, P. (1989). International trial of long-term dexfluramine in obesity. Lancet, 2, 1142-1145.
- Guyton, A y Hall, J. (1996). Tratado de Fisiología Médica. México: McGraw Hill.

- Hales, R. E., Yudofsky, C. S. y Talbott, A. J. (2001). Tratado de Psiquiatría (3ª ed). México: Masson
- Hell. E Y Miller, K. (2000). Evaluation of Health Status and Quality of Life After Bariatric Surgery: Comparison of Standar Roux-en-Y Gastric Bypass, Vertical Banded Gastroplasty and Laparoscopic Adjustable Silicone Gastric Banding. Obesity Surgery, 10, 214-219.
- Harrison, T. R. (2002). Principios de Medicina Interna: (15ª ed.) México: Mc Graw Hill.
- Henderson, C. W. (1999). Obesity Prevalence High in Institutionalized Elderly. World. Disease Weekly. www.findarticles. com
- Hernández, B., Gortmaker, S. L., Colditz, G. A., Peterson, K. E., Laird, N y Para-Cabrera, S. (1999). Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of videos among children in México city. ; Int. Journal Related Metabolic Disorder, 23 (8), 845-854.
- Hesse-Biber, y Marino, S. (1991). From High School to college: Changes in Womew'n's Self-concept and Its Relationship to Eating Problems. Journal of Psychology, 125 (2), 199.
- Holt, Ch. L., Clark, M. E. y Kreuter M. W. (2001). Weight locus of control and weight-related attitudes and behaviors in an overweight population. Addictive Behavior, 26, 329- 340.
- Hsu, L., Benotti, P., Dwyer, J., Roberts, S., Saltzman, E., Shikora, S., Rollis, B. y Rand, W. (1998). Nonsurgical Factors that Influence the Outcome of Bariatric Surgery. Psychosomatic Medicine, 60, 338-346.
- Ikeda, P. J. y Mitchell, A. R. (2001). Dietary approaches to the treatment of the overweight pediatric patient. Pediatric Clinics of North America, 48 (4).
- Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zubirán" Ssa.. (1999). Encuesta Nacional de Nutrición.
- Jacobs, Sh. y Wagner M. (1984). Obese and Nonobese Individuals: Behavioral and Personality Characteristics. Addictive Behaviors, 9, 223-226.

- James, L. C., Folen, R. A. y Noce, M. A. (1998). A Healthy Lifestyle Program for the Treatment of Obesity in Minority Men. Journal of Clinical Psychology in Medical Setting, 5 (3), 259-273.
- Jancin, B. (2000). High Protein Diet May Boost Insulin Sensitivity. Family Practice News. www.findarticles.com
- Jeffery, R. W. (1996). Does Weight Cycling Present a Health Risk?. American Journal of Clinic Nutrition, 63 (suppl), 452- 5.
- Jelalian, E. (2000). Overweight in Adolescence to Low Self-esteem, Health Problems. Brown University Child & Adolescent Behavior Letter, 16 (9), 3.
- Kaiser, L. L. (2001). Acculturation of Mexican-American mothers influences child feeding strategies. Journal of the American Dietetic Association, www.findarticles.com
- Kaplan, D. (2000). Promoting weight loss in the obese patient; Patient Care; www.findarticles.com.
- Karhunen, L., Franssila-Kallunki, A., Rissanen, P., Valve, R., Kolehmainen, M., Rissanen, A. y Uusitupa, M. (2000). Effects of orlistat treatment on body composition and resting energy expenditure during a two-year weight-reduction program in obese Finns. International Journal of Obesity, 24, 1567-1572.
- Kaufer, H. M. (1995). Dietas falaces para bajar de peso. Cuadernos de Nutrición: 5-11.
- Key, S y Lindgren, M. (1999). Study Confirms Girls' Belief: More Fat Means Fewer Dates. Women's Health Weekly, www.findarticles.com
- Kinzl, F., Trefalt, E., Fiala, M., Hotter, A., Biebl, W. y Aigner, F. (2001). Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. Obesity Surgery, 11, 455-458.
- Korbman, R. (1997). Enfoque multidisciplinario de la obesidad en niños. Congreso Regional de Psicología. México.
- Kriwanek, S. (2000). Dietary changes after Vertical Banded Gastroplasty. Obesity Surgery, 10, 37-40.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1987). Diccionario de Psicoanálisis. (3ª ed.). España: Labor.
- LeBow, M. D. (1986). *Obesidad Infantil*. (1ª ed). Buenos Aires: Paidós.
- López, A. X; Mancilla, D. J. M y González, V. A; (1995); Evaluación de patrones de comunicación en familias obesas. Revista Mexicana de Psicología; Vol12(2): 199-210.
- López, A X; Mancilla, D. J. M y Álvarez, R. G; (1998); Factores Sociales y Psicológicos de la Obesidad; Psicología Iberoamericana; Vol.6(2): 3-9.
- López, J. L; (2000); Diccionario de Especialidades Médicas. 1ª Ed. PLM Novartis. S. A.
- Lindgren, M y Key. (1999). Anger, Hostility Linked to Central Obesity in White Women. Women's Health Weekly. www.findarticles.com
- Mancilla, D. J., Álvarez, R., Román, F., López, V. y Ocampo, T. (1998). Determinación de pautas del compromiso sexual en obesos. Psicología Iberoamericana, 6 (2), 28-36
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. DSM-IV. (4ª ed.). España: Masson.
- Mannucci, E., Ricca, B., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Trabaglini, R., Cabras, P. y Rotella, C. (1999). Quality of life and overweight: the obesity related web-being (ORWELL97) questionnaire. Addictive Behaviors, 24 (3), 345-347
- Martínez, G. D., Navarro, L. y García, O. (2001). El hipotálamo: ombligo del cuerpo. Ciencia y Desarrollo, 26 (161), 4-15.
- Matarasso, A y Hutchinson, O. (2001). Liposution. Journal of American Medical Association, 285 (3), 266-268.
- Matthews, R. M. (2000). Functional status and emotional well-being, dietary intake, and physical activity of severely obese subjects. Journal of the American Dietetic Association. www.findarticles.com
- Medellín, M. L. (2002, septiembre). En tierra de flacos los gordos no caben. Reforma, p. 6C.
- Melissas, J., Christodoulakis, M., Schoretsanitis, G., Sanidas, E., Ganotakis, E., Michaloudis, D. y Tsiftsis, D. (2001). Obesity associated disorders before and

after weight reduction by Vertical Banded Gastroplasty in morbidly vs super obese individuals. Obesity Surgery, **11**, 475-481.

- Mills, J. (1995). A note on interpersonal sensitivity and psychotic symptomatology in obese adult outpatient with a history of childhood obesity. Journal of Psychology, **129** (3), 3-45.
- Molinari, E. y Ragazzoni. (1997). Psychopathology in Obese Subjects with and without Binge-eating Disorder and in Bulimic Subjects. Journal of the Royal Anthropological Institute, **3**(2), 1327.
- Must, A. y Strauss, R. S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. International Journal of Obesity, **23**, (suppl 2), 2-11.
- Nauta, H., Hospers, H., Kok, G y Jansen, A. (2000). A comparison between a Cognitive and Behavioral Treatment for Obese Binge Eaters and Obese non-binge Eater. Behavior Therapy, **31**, 442- 461.
- Nelson, W. E. (1997). Tratado de pediatría. (15ª ed). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Norma Oficial Mexicana. (2000). Diario Oficial de la Federación.
- Ocampo, T., Mancilla, D. y López, A. V. (1996). Las preferencias alimentarias como componente distribuyente de la sobrecarga ponderal. Psicología, **31**, 24-32.
- Olvera, L. (2002, septiembre). La obesidad, grave problema de salud. Gaceta UNAM, **3570**, pp. 8-9.
- Pessina, A. Andreoli, M. y Vassallo, C. (2001). Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short terms. Obesity Surgery, **11**, 459-463.
- Pine, D. y Cohen, P. (1997). Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood: a longitudinal study. American Journal of Public Health, **87** (8), 1303.
- Pryor, T. (1998). Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. Adolescence. www.findarticles.com
- Rand, C. y Stunkard, A. (1978). Obesity and Psychoanalysis. American Journal Psychiatry, **35** (5), 547-551.

- Rascovsky, A., Rascovsky, M. y Schlossberg, T. (1950). Basic Psychic Structure of the Obese. Int. J. Psycho-Analytic, 31, 144-149.
- Riobó, P. (2000). La obesidad, un reto de salud pública. Mundo Científico, 213, 29-35.
- Rosmond, R. y Bjorntorp, P. (2000). Quality of life, overweight, and body fat distribution in middle-aged men. Behavioral Medicine, 26 (2), 90.
- Rössner, S. (1995). Long-term Intervention Strategies in Obesity Treatment. International Journal of Obesity, 19. (Suppl 7), 29-33.
- Ross, C. E. (1994). Obesity, dieting and depression. Harvard Mental Health Letter, 11 (4), 6.
- Rowland, Ch. V., Wilson, P. y Mintz, I. (1985). Meeting of the American Psychoanalytic Association. Psychoanalytic, 36, 163-174.
- Sadovsky, R. (2001). Effects of weight loss and exercise on comorbidities. American Family Physician, www.findarticles.com
- Sansone, R., Wiederman, M. W y Sansone, L. (1999). Treating obesity: Clinical implication of comorbid borderline personality disorder. Journal of Mental Health Counseling, 21 (2), p148.
- Sansone, R., Wiederman, M. W., Sansone, L. y Monteith, D. (2001). Obesity and borderline personality symptomatology: comparison of a psychiatric versus primary care sample. Int. J. Obes Relat Metab Disord, 25 (2), 299-300.
- Sbrocco, T., Nedegaard, R. C., Stone, J. M y Lewis, E. L. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of cognitive-behavioral decision based treatment for obesity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (2), 260-266.
- Schok, M. (2000). Quality of Life after Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for Severe Obesity; Postoperative and Retrospective Preoperative Evaluations. Obesity Surgery, 10, 502-508.
- Scopinaro, Nicola. (2000). The physiology of weight change. IFSO International Federation for the Surgery of Obesity, www.google.com
- Senekal, M., Steyn, N., Mashego, T. y Nel, J. (2001). Evaluation of Body Shape, Eating Disorders and Weight Management Related Parameters in Black

- Female Students of Rural and Urban Origins. South African Journal of Psychology, 31 (1), 45.
- Seppa, N. (1999). Mediterranean diet proves value again. Science News; www.findarticles.com
 - Sisson, B. y Franco S; (1997); Bodyfat Analysis and Perception of Body Image. Clinical Pediatrics; Vol 36. (7): 415-419.
 - Smith, I. G. (2001). Randomized Placebo- Controlled Trial of Long-Term Treatment with Sibutramine in Mild to Moderate Obesity. Journal of Family Practice. www.findarticles.com
 - Stevenson, J. H. (2001). Does Long- term use of Sibutramine result in continued weight loss in short-term responders?. Journal of Family Practice; www.findarticles.com
 - Strauss, R. B. (2000). Self-esteem related to childhood obesity. Brown University Child & Adolescent Behavior Letter, 16.(3), 3.
 - Straws, M., Straw, R., Mahoney, M., Rogers, T., Mahoney, B. K., Craighead, L. W y Stunkard, A. J. (1984). The Master Questionnaire: preliminary Report on an Obesity Assessment Device. Addictive Behavior, 9, 1-10.
 - Stunkard, A. J. y Mendelson, M. (1967). Obesity and the body image: Characteristics of the disturbances in the body image of some obese persons. The American Journal of Psychiatry, 123 (10), 1296- 1300.
 - Stunkard, A. J. Stinnett, J. L. y Smoller, J. (1986). Psychological and social aspects of the surgical treatment of Obesity. The American Journal of Psychiatry, 143 (4), 417-429.
 - Sugerman, H. (1987). A randomized prospective trial of gastric bypass versus vertical banded gastroplasty for morbid obesity and their effects on sweets versus non-sweets eaters. American Surgery, 205, 613-624.
 - Suminski, R. R., Poston, S. W., Jackson, S. A. y Foreyt, P. J. (1999). Early identification of Mexican American children who are at risk for becoming obese. International Journal of Obesity, 123, 823-829.
 - Tafflinski, T. y Chjrnacka, J. (2000). Sibutramine-Associated Psychotic Episode. American Journal of Psychiatry, 157 (12), 2057-2058.

- Telch, F. CH., Agras, S. y Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: a preliminary, uncontrolled trial. Behavior Therapy, 31, 569-582.
- The cabbage soup diet, www.aboutcabbagesoupdiet.com
- Toro, J. (1999). El cuerpo como Delito. España.: Ariel Ciencia. España.
- Uriarte, V. (2002). Psicofarmacología. México: Trillas
- Verduzco, F. y Platas. (1999). Obesidad y Salud Mental. Psiquiatría, 15 (3), 49-55.
- Wadden, A. T., Stten, S. N., Wingate, B. J. y Foster, G. D. (1996). Psychosocial consequences of weight reduction, how much weight loss is enough?. American Journal of Clinic Nutrition, 63, (suppl) 61-5.
- Wickelgren, I. (1998). Obesity: How a big Problem?. Science, 280 (5368), 1364.
- Wolman, B. (1982). Psychological aspects of obesity; New York: Van Nastrand Reinhold company.
- Wollersheim, J. P. (1970). Effectiveness of Group Therapy Based upon Learning Principles in the Treatment of Overweight Women en Foreyt, P. J. Behavioral Treatment of Obesity, (61), Pergamon General Psychology Series, 356-373.
- Woolston, L. J. (1987). Obesity in infancy and early childhood. J. Amer. Acad. Child Adol. Psychiat., 26 (2), 123-126.
- Wooster, M. (1998). The digest: Society. American Enterprise, 9 (1), 88.
- Vander, W. J. y Thelen, H. M. (2000). Eating and body image concerns among obese an average-weight children. Addictive Behavior, 25 (5), 775-778.
- Zegman, M. A. (1984). Errors in food recording and calorie estimation: clinical and theoretical implications for obesity. Addictive Behavior, 9, 347-350.
- Zierold, M. E. (1993). Modelo de intervención psicoanalítico en el tratamiento de pacientes obesas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Zimmer, J. E. y Gregory, R. J. (1998). Bipolar Depression Associated with Fenfluramine and Phentermine. Journal of Clinical Psychiatry, 59 (7),. 383-384.