



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA
OBESIDAD

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO EL TITULO DE:
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A
P R S E N T A
DIANA EUGENIA RODRÍGUEZ ROJAS

COMISIÓN DICTAMINADORA:

LIC. ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVÍN
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES
LIC. EDY ÁVILA RAMOS

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO 2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A Dios:

Con alegría y satisfacción por la iluminación que me ha dado para seguir una línea de fe y esperanza para lograr el más grande de mis anhelos.

A mi padre:

Sr. José Isabel Rodríguez Trejo. Con mucho respeto y admiración, pero sobre todo con mucho amor porque ha sabido ser el mejor de los padres, que ha estado conmigo y ha sido mi guía en todo momento y que gracias a su apoyo, esfuerzo y cariño incondicional he logrado realizar ésta meta tan importante en mi vida.

A mi madre:

Sra. Margarita Rojas Ávila. Con todo mi amor e infinito agradecimiento por el gran esfuerzo que significó para ella educarme y formarme como una persona de grandes valores, que ha sido mi compañera en mis mejores momentos y de quien sólo he recibido cosas buenas, por lo cual quiero compartir con ella la alegría de haber concluido mi carrera profesional porque el mérito también es suyo.

A mis abuelas:

Sra. Julia Ávila Mendoza. Por el gran cariño que siempre me ha demostrado y por toda la sabiduría que con gusto ha compartido conmigo, los cuales han sido un gran apoyo a lo largo de mi vida y en la realización de mi carrera profesional.

Sra. Concepción Trejo Sansores. Con mucho respeto por ser una mujer muy fuerte que ha sabido enfrentar con valor las adversidades de la vida, lo cual ha sido un ejemplo para mí.

A mis tías:

Srita. Verónica Rojas Ávila. Una mujer muy inteligente y bella en todos los sentidos pero sobre todo sentimental y espiritualmente a quien agradezco el amor con el que siempre me cuidó, siendo una de las personas más importantes en mi vida y que sé la inmensa alegría que comparte conmigo en éste triunfo.

Sra. Isabel Rojas Ávila. Con admiración por su inteligencia y su buen humor para afrontar cualquier situación, gracias por los buenos momentos y los buenos deseos.

A mis tíos:

Sr. Juan José Ávila Mendoza. De quién tanto he aprendido por ser una persona exitosa que siempre logra sus objetivos por difíciles que éstos sean, y porque siempre he sentido su apoyo y su alegría porque yo finalice mi carrera.

Sr. Gabriel Rojas Ávila. Por ser una persona tan agradable y valiosa que ha traído muchas cosas buenas a mi vida.

A mi primo:

Christopher Bruno Franco Ávila. A quien quiero mucho y he visto crecer y que me ha dado muchas alegrías y mucho cariño.

A mi mejor amiga:

Sra. Victoria Rodríguez Gutiérrez. Por ser una persona maravillosa que me ha ofrecido su invaluable amistad y apoyo en todo momento durante tantos años.

A mi asesor:

Lic. Ángel Enrique Rojas Servín. Por sus enseñanzas y sabios consejos que hicieron

posible que ahora alcance el objetivo de ser una profesionista.

A todos mis maestros:

Con mucho cariño porque gracias a la transmisión de sus conocimientos fue posible forjarme una vida llena de satisfacciones morales.

A mis amigos:

Que siempre desearon lo mejor para mí y que me apoyaron en diferentes formas a lo largo de mi carrera para que ésta finalice exitosamente, además de compartir conmigo momentos muy bellos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

De la cual me siento orgullosa, y en respuesta a todo lo que me ha dado, yo corresponderé siendo una mejor persona en bien mío y de la sociedad.

A Mirris:

Por acompañarme en todas mis noches de desvelo.

A la memoria de Mimí:

Mi fiel compañera, que siempre me recibió
con mucho gusto y de quien sólo recibí
cariño, el más desinteresado.

ÍNDICE

RESÚMEN / 1

INTRODUCCIÓN / 2

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD / 15

1.1. ANTECEDENTES / 15

1.1.1. La psicología clínica / 16

1.1.2. La psicología médica / 17

1.1.3. La medicina psicosomática / 18

1.1.4. La medicina conductual / 20

1.1.5. La salud conductual / 23

1.1.6. La psicología comunitaria / 23

1.1.7. Antecedentes de la psicología de la salud en América Latina / 25

1.2. DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD / 26

1.2.1. Concepto de salud y enfermedad / 26

1.2.2. Perspectiva del modelo biomédico / 29

1.2.3. Perspectiva del modelo biopsicosocial / 30

1.2.4. La psicología de la salud / 31

1.3. ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD / 34

1.3.1 Enseñanza de la psicología de la salud / 37

1.3.2. Formación de psicólogos de la salud en América latina / 37

1.3.3. Líneas de investigación de la psicología de la salud / 39

CAPÍTULO 2. OBESIDAD / 41

2.1. DEFINICIÓN E IMPORTANCIA DE LA OBESIDAD / 41

2.1.1. Epidemiología de la obesidad / 44

2.2. FACTORES FÍSICOS DETERMINANTES DE LA OBESIDAD / 48

2.2.1. Factores biológicos y genéticos / 48

2.3. DETERMINANTES PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD / 51

2.3.1. Factores ambientales / 54

2.3.2. Factores sociales y culturales / 56

2.3.3. Personalidad y obesidad / 60

2.3.4. Factores comportamentales / 64

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO / 69

3.1. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD / 69

3.1.1. Formas de diagnosticar y medir la obesidad / 69

3.1.1.1. Clasificación de la obesidad / 71

3.1.2. Métodos de evaluación clínicos / 72

3.1.3. Métodos de evaluación conductual / 74

3.2. TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD / 76

3.2.1. Intervención médica en el tratamiento de la obesidad / 77

3.2.1.1. Tratamiento farmacológico / 77

3.2.1.2. Tratamiento quirúrgico / 79

3.2.1.3. Relación médico-paciente / 81	
3.2.2. Tratamiento dietético de la obesidad / 81	
3.2.2.1. Tipos de dietas utilizadas en diferentes etapas de la vida / 84	
3.2.2.2. Tipos de dietas usadas para tratar la obesidad / 85	
3.2.2.3. Características de un plan de alimentación adecuado / 87	
3.2.2.4. Elaboración del plan de alimentación / 88	
3.2.2.5. Plan de alimentación / 91	
3.2.3. Ejercicio Físico / 95	
3.2.3.1. Motivación y beneficios de la práctica de ejercicio / 98	
3.2.4. Tratamientos combinados y gravedad de la obesidad / 99	
3.3. TERAPIA CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD / 100	
3.3.1. Consideraciones psicológicas en la atención conductual de la obesidad / 100	
3.3.1.1. Obesidad y dinámica familiar / 101	
3.3.2. Tratamiento en modificación conductual / 102	
3.3.3. Técnicas de autocontrol para el tratamiento de la obesidad / 104	
3.3.3.1. El automonitoreo / 105	
3.3.3.2. El autorregistro / 107	
3.3.3.3. El control de estímulos / 111	
3.3.3.4. El establecimiento de metas / 112	
3.3.4. Técnicas de condicionamiento operante / 113	
3.3.4.1. Técnicas para incrementar la conducta / 114	
3.3.4.2. Conductas deseadas / 123	
3.3.4.3. Técnicas para la inhibición de la conducta / 125	
3.3.4.4. Los contratos / 126	
3.3.4.5. El apoyo de otras personas / 127	
3.3.5. Terapia cognitiva / 128	
3.3.5.1. Entrenamiento en solución de problemas / 132	
3.3.5.2. Grupos de autoayuda / 137	
3.3.6. Resultados de los tratamientos para la obesidad / 137	

3.3.6.1. Eficacia de los tratamientos conductuales / 139

3.3.6.2. Mantenimiento de los resultados / 140

3.3.6.3. Recaídas / 141

3.3.6.4. Importancia del psicólogo en el éxito de la terapia conductual / 142

CONCLUSIONES / 145

REFERENCIAS / 149

RESÚMEN

La psicología ha logrado insertarse cada vez más en problemáticas con las que antes parecía no tener relación. Poco a poco se fue encontrando la necesidad de que los profesionales de la psicología intervinieran en los problemas de salud, ya que se observó que muchos de éstos tenían sus orígenes en factores de tipo psicológico. Por tal motivo se desarrollaron ramas dentro de la psicología que se orientaban a los problemas de salud tales como la psicología de la salud, que se encarga del estudio de factores subjetivos que intervienen en el desarrollo y proceso de una enfermedad, así como de promover la salud a nivel individual y masivo. Se encarga de desarrollar programas de atención a los enfermos y rehabilitación, además de atender problemas de salud mental. Así, la psicología de la salud se ha ido incorporando en el tratamiento de padecimientos que antes sólo eran competencia de la medicina tradicional, tales como la obesidad.

La obesidad se ha llegado a considerar como un síndrome cuando se presenta en niveles muy elevados, que además puede traer a consecuencia una serie de padecimientos crónicos de tipo respiratorio y cardiovascular. La obesidad es un problema multicausal, ya que en su desarrollo intervienen factores biológicos, genéticos, ambientales y psicológicos, por tal motivo el tratamiento de la misma debe ser multidisciplinario.

El objetivo del presente trabajo describe las características de la psicología de la salud y de la obesidad, además de investigar acerca de los tratamientos utilizados para el tratamiento para ésta última. Con el fin de corroborar si existe información sobre los tratamientos multidisciplinarios para tratar a la obesidad.

A través de una revisión teórica efectivamente se puede afirmar que sí existe la suficiente información para conocer la gran variedad de tratamientos multidisciplinarios que se han desarrollado para tratar el problema de la obesidad, aunque se concluye que lo más importante no es sólo conocer los distintos tratamientos existentes, sino el saber aplicarlos para obtener resultados eficaces ayudando al paciente no sólo a controlar su problema de peso sino también a aumentar su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La psicología como ciencia se ha desarrollado en diversas áreas en la medida en que se ha insertado cada vez más en algunas problemáticas y objetos de estudio, en los que antes parecía no tener relación alguna.

Anteriormente, la psicología era considerada como parte de la filosofía, sin embargo, la necesidad de resolver problemas que no necesariamente eran filosóficos, la fue constituyendo como un campo independiente que además requería no sólo de la discusión y la especulación de los profesionales en la misma, sino también de la ciencia experimental que la constituyera como ciencia básica.

Posteriormente, la psicología irrumpe dentro de algunos problemas de salud, a finales del siglo XX, cuando las múltiples problemáticas que se daban en ese tiempo hizo que se formaran diversas posiciones que se consolidaron como modelos teóricos, en los que la psicología se extendió hasta llegar a ser una disciplina independiente.

Al respecto, Morales (1999) señala que al mismo tiempo, se modifican algunos conceptos de salud dentro de la medicina, por los cuales la psicología se ve influenciada creando así una evolución dentro de la misma. Esta evolución tiene lugar por el rápido crecimiento de la población a nivel mundial, lo que hace que la atención a la salud cambie de un modelo individual a un modelo social expansivo, a partir de esto la psicología se divide en una orientación clínica por un lado, así como a una orientación social.

En el capítulo 1, se abordan los distintos modelos teóricos que forman explicaciones propias sobre el papel de la psicología en el estudio de la salud y la enfermedad, algunos de ellos dando mayor importancia a los aspectos clínicos y otros dando énfasis a los aspectos sociales. También se describen algunas definiciones que se le ha dado a la psicología y de la salud como tal y las aportaciones que esta disciplina ha dado en tanto en el tratamiento de enfermedades crónicas, a nivel preventivo y en la mejoría de los servicios de salud, además de los avances que ha tenido tanto en la educación y formación de profesionales como en la investigación.

Entre los modelos que representan los antecedentes de la psicología dentro de la salud desde una perspectiva clínica se encuentran precisamente la psicología clínica, que se caracteriza principalmente por una intervención centrada en la enfermedad más que en la salud, es decir que no es de carácter propiamente preventivo, se centra en el individuo y no tanto en una comunidad y más que ser una teoría que explique algún tipo de problemática, es un modelo aplicado y práctico. También se encuentra la psicología médica que se aplica a los problemas médicos y a los factores psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, además de intervenir en el tratamiento de los enfermos por parte del personal dentro de las instituciones de salud. La medicina conductual, por su parte, da relevancia a ciertos comportamientos aprendidos como origen de algunas enfermedades y padecimientos clínicos y busca el tratamiento más adecuado ante éstas variables (Ballester, 1997; Morales, 1999).

Por otro lado, la orientación social se ha representado por la psicología comunitaria que trató de desarrollar una competencia en los problemas de salud en los entornos escolares, laborales y sanitarios principalmente, adaptándose a las necesidades de toda una comunidad encontrando la conexión entre el medio social y las causas de una enfermedad, tanto en el tratamiento como en la prevención de la enfermedad.

Así surge la psicología de la salud, que ha integrado varios factores de cada modelo para ofrecer contribuciones al sector salud, que incluyen tanto a la salud como a la enfermedad, a la salud física y a la mental, así como al diagnóstico y la prevención. No se limita al campo de la investigación o la creación de nuevas teorías aunque si se relaciona tanto con la investigación y la teoría enfocadas a la prevención, tratamiento y atención ya sea individual o comunitariamente.

La psicología de la salud se ha definido como una rama de la psicología que estudia los factores subjetivos dentro del comportamiento en el proceso salud-enfermedad además de la atención de la salud y la prevención de la enfermedad. Se interesa por analizar los procesos psicológicos que determinan un estado saludable, aquellos procesos que participan en el riesgo de enfermar y también los que se presentan en la persona enferma y en su recuperación. También se encarga de investigar bajo qué circunstancias interpersonales se brindan los servicios de salud. Este estudio ayuda a la promoción de la salud bajo programas de prevención de las

enfermedades, asistencia a los enfermos y la rehabilitación, además del mejoramiento de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades de la comunidad a la que se ofrecen como son: educación para la salud, planeación y prevención, y la administración de recursos destinados al sector salud (Ballester 1997; Morales, 1999).

La psicología de la salud también interviene en la atención y curación de los pacientes en las instituciones de salud, y se ha ocupado del comportamiento relacionado con los problemas de salud mental ya sea que se presenten corporalmente o en conductas adictivas.

Los psicólogos especialistas en dicha rama, realizan diversas y muy variadas actividades. El psicólogo de la salud trabaja promoviendo el mantenimiento de la salud y sus aspectos psicológicos, así como la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Los psicólogos de la salud estudian la etiología de la salud y la enfermedad así como algunas disfunciones muy específicas dentro de una comunidad, interesándose en especial por aquellos factores psicosociales que contribuyen tanto en el origen de una enfermedad como en la salud. Se interesan también en la influencia de las instituciones sanitarias y los profesionales de la salud en el comportamiento de los pacientes, a su vez, diseñan programas de intervención en el tratamiento del proceso de salud-enfermedad, así como en la interacción del sujeto con los profesionales de las instituciones de salud (Ballester, 1997; Beneit & Latorre, 1994).

La psicología de la salud no surge como un descubrimiento o una construcción de supuestos básicos, sino que se origina a través de la evolución de prácticas empleadas en diversos modelos y ramas de la psicología adaptándose a las demandas y necesidades de los servicios de salud hacia el psicólogo. En cierta medida ésta urgente necesidad de atención del psicólogo en los servicios de salud no permitió que se hicieran bases teóricas ni científicas muy sólidas creando un eclecticismo que si bien puede ser muy criticado ha demostrado ser funcional y muy eficaz.

Por su parte Jordan y Storlie (1984) y Simón (1993) señalan que en los últimos tiempos la psicología interviene en muchos trastornos de salud que antes eran sólo competencia de la

medicina tradicional, enfermedades físicas tales como diabetes, infartos, cáncer hipertensión y obesidad entre muchas otras.

Específicamente la obesidad es uno de los problemas más comunes en muchas de las sociedades modernas en las que ha alcanzado muy altos niveles provocando cada vez mayores riesgos de salud, incluso provocando la muerte, ya que contribuye al desarrollo de enfermedades como la diabetes, hipertensión y daños arteriales. A consecuencia de esto se ha requerido la intervención de los psicólogos en este problema ya que muchas de las variables que provocan la obesidad son de tipo psicológico.

En el capítulo 2, se analizan algunas de las definiciones que se le ha dado al problema de la obesidad, los factores de tipo biológico, ambiental, social y cultural que ayudan a que ésta se presente y se desarrolle. Además de la importancia de la misma a nivel psicológico en la persona que llega a padecerla.

En otras épocas la obesidad se concebía como un signo de buena salud, de que la persona tenía una situación económica estable, una vida sin carencias, e incluso se llegó a considerar símbolo de belleza, y todavía se sigue considerando así en algunos grupos sociales. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades modernas, específicamente dentro de la cultura occidental se considera a la obesidad un verdadero problema e incluso un símbolo de fealdad y rechazo (Rossell & Saldaña, 1988).

La obesidad se ha definido en términos clínicos como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en el aumento del peso corporal. La determinación de que una persona sea obesa o no se da en función de lo que se conoce como peso ideal que se ha estandarizado en las tablas de peso ideal (Campollo, 1995).

Debido a que la obesidad se considera actualmente como una situación indeseable desde la perspectiva médica y desde el punto de vista de una sociedad cada vez más exigente, se ha convertido en un motivo de verdadera preocupación, tanto para los profesionales en el área de salud, como para los individuos obesos y personas que tienen una estrecha relación con ellos.

La investigación realizada con respecto al problema, a dado a conocer diferentes formas de obesidad, por lo que se le ha llegado a considerar incluso como un síndrome que puede ser provocado por distintos padecimientos tales como enfermedades endocrinas, trastornos metabólicos, excesiva ingesta de alimentos ricos en calorías, además de algunos trastornos psicológicos y lesiones hipotalámicas. Este síndrome tiene como característica principal una excesiva acumulación de grasa que sobre rebasa los parámetros de normalidad, además de que esta acumulación de grasa también llega a crear un crecimiento considerable en los órganos internos como el corazón y el hígado (Rossell & Saldaña, 1988).

El síndrome de la obesidad, también presenta algunos trastornos de tipo hormonal y metabólico, además de la aparición de enfermedades de tipo respiratorio y cardiovascular.

Por otro lado, Simón (1993) indica que la obesidad también puede clasificarse en términos de la edad de los sujetos que la padecen, como lo son la obesidad infantil que se inicia en la infancia y la obesidad adulta que se inicia después de la adolescencia. Se ha descubierto que es más fácil de tratar la obesidad infantil que la adulta debido a toda una serie de variables, dentro de las cuales se encuentran los hábitos de vida cómo el tipo de alimentos que se consume, se bebe y si se hace ejercicio o no, hábitos que están más arraigados en la edad adulta.

El problema de la obesidad actualmente es mundial ya que prevalece en muchos países ya sean industrializados o no, especialmente en zonas no desarrolladas se presenta como parte de una herencia genética y biológica (Campollo, 1995).

En ambos casos, tanto en las culturas subdesarrolladas como en las industrializadas es importante considerar todos aquellos factores que determinan el que una persona sea obesa: los factores contextuales de la experiencia de cada sujeto, su historia familiar, bajo que circunstancias comienza un ingesta excesiva, así como la herencia genética y biológica.

En primer lugar, cabe señalar que existen numerosos factores biológicos que tienen influencia sobre la elección de la comida que se ingiere. Estos determinantes tienen bases genéticas y tienden a establecerse a lo largo de extensos periodos de tiempo. Los factores biológicos

influyen sobre otros como los aprendidos social y culturalmente. Algunos de éstos factores biológicos juegan un papel importante en la preferencia por determinados sabores relacionados con niveles de nutrientes y azúcares en la sangre. Por lo general, tenemos preferencias por los sabores dulces, y nos caracterizamos por ser una especie que gusta mucho de comer carne de todo tipo, el deseo de comer carne está presente en muchas culturas, e incluso está considerada en la mayoría de los platillos de mayor preferencia, lo que disminuye la preferencia por frutas y vegetales. Esto trae como consecuencia que se consuman grasas animales y azúcares, lo que agudiza el problema de la obesidad.

También existen factores genéticos que predisponen también la complexión de un individuo, como la herencia familiar, ya que un individuo que proviene de una familia con problemas de obesidad, es muy probable que también padezca el problema. Sin embargo, algunas investigaciones han sacado a la luz que este factor puede ser controlado con un buen régimen alimenticio y algunos cambios en la conducta y los hábitos al comer (Jordan & Storlie, 1984).

Por otro lado, Rossell y Saldaña (1988) mencionan que es importante considerar los factores ambientales que determinan el mantenimiento de la obesidad, ya que los niveles de prevalencia son cada vez mayores y alarmantes. El ambiente que rodea al sujeto obeso, se refiere a factores tales como: las horas de comida, que en la mayoría de los casos, no están bien establecidas debido al ritmo de vida que se lleva en las sociedades industrializadas, en las que la persona no tiene tiempo de preparar una comida bien balanceada, además de que el tipo de comida que se tiene disponible en supermercados y negocios en las calles no ayudan mucho ya que por lo general, como ocurre en los Estados Unidos es comida rápida, que ha tenido gran éxito debido a su sabor con grandes cantidades de calorías y a la rapidez con la que se pueden preparar.

Es importante mencionar que existen otros factores a nivel social y cultural que han hecho que el problema de la obesidad se incremente en los últimos años, la selección de comida esta muy influenciada por factores culturales, como el nivel social y el nivel socioeconómico.

La relación entre obesidad y nivel socioeconómico ha sido un fenómeno muy estudiado, al respecto Rossell y Saldaña (1988) mencionan que se ha encontrado que las personas de clase baja

tienden a ser más obesas que las de mayor estatus social, debido a que la gente de clase baja consume mayor cantidad de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono con muchas calorías, tienen hábitos alimenticios inadecuados y una mala educación alimenticia. La clase baja no se somete tanto a las modas como la clase media o alta además de que tienden a confundir la obesidad con fuerza y tienen menos tiempo para practicar deportes. Sin embargo el problema creciente de la obesidad se extiende rápidamente en todos los niveles sociales.

El hecho de que se viva en una sociedad con un buen nivel socioeconómico, hace que las personas tengan mayores opciones para elegir su alimentación, lo cual fomenta que la cantidad de consumo sea mayor, además de que exige que las personas realicen trabajos que no requieren de mucho esfuerzo físico, llegando a provocar en ellos un problema de obesidad. Las personas de clase media y alta no se escapan del rápido ritmo de vida de las sociedades occidentales, teniendo muy poco tiempo para realizar deportes, y mucho para ver televisión (Rossell & Saldaña, 1988).

Potro lado, Jordan y Storlie (1984) indican que para entender a profundidad el problema de la obesidad es necesario considerar los determinantes psicológicos que la originan. Los factores psicológicos son variables muy personales en cada individuo y es muy difícil encontrar las bases de la obesidad en una persona. La valoración de los determinantes psicológicos de la obesidad es algo muy complejo, porque intervienen diversas variables como cogniciones, circunstancias personales en relación con el contexto social del individuo, las creencias y la forma de vivenciar el problema, es decir, si realmente lo considera como un problema o como una forma de ser más poderosos que otros individuos por tener mayor peso y volumen. Al respecto cabe señalar la importancia de algunas líneas psicológicas de análisis que han intentado mostrar que muchas de las personas con problemas de obesidad inician un exceso de ingesta ligeramente superior a lo normal que les trae a consecuencia un sobrepeso debido a toda una serie de creencias irracionales que tienen que ver con otros trastornos emocionales como altos niveles de estrés, ansiedad y depresión o falta de control en situaciones intolerables (Sarafino, 1998).

Algunas creencias irracionales que se han identificado con un excesivo aumento de peso tienen que ver con la forma en que el individuo percibe su enfermedad. Muchos de ellos tienen actitudes conformistas por ser hijos de familias obesas, por lo que lo ven como algo normal,

algunos otros creen que el único placer en la vida es comer, además de que la mayoría se niegan a realizar rutinas de ejercicio por el argumento de la falta de tiempo (Rossell & Saldaña, 1988; Jordan & Storlie, 1984).

Al analizar los factores psicológicos que influyen en el obeso es importante analizar también si el comportamiento del individuo es diferente al de una persona que no lo es. Al respecto, Campollo (1995) menciona que los factores comportamentales de la obesidad en la mayoría de los casos, se transmiten por aprendizaje en donde el comportamiento alimenticio de la familia determina las conductas de sus miembros como modelo a seguir. La conducta de excesivo consumo de alimento y el tipo de alimento se refuerza mediante asociaciones con el placer y la tranquilidad, dando lugar con esto a un hábito difícil de cambiar.

La conducta alimenticia se considera también como un acto reflejo con bases conductuales y sensoriales que se dirigen hacia los alimentos. Esto significa que mientras más se incremente la cantidad de alimentos a elegir, mayor será la cantidad consumida, además de que algunas personas obesas tienen gustos muy variados, lo que hace que no desprecien ningún tipo de comida a diferencia de otras personas. Estos determinantes hacen posible que el individuo obeso tenga hábitos diferentes del resto de las personas. La identificación de éstos hábitos puede iniciar las bases para atacar el problema (Campollo, 1995).

Sin embargo, durante años se ha mantenido la idea de que la persona obesa tiene problemas de personalidad que alivia a través de la comida, esto no siempre es así, aunque sí influyen mucho en creencias del individuo obeso, lo cual puede llegar a ser un impedimento para que cambien sus malos hábitos alimenticios.

En la actualidad las personas obesas son víctimas de prejuicios y discriminación, la sociedad los describe como flojos, tontos, inactivos, feos e incluso sucios. Desde la infancia el niño obeso es rechazado y etiquetado como el “niño con el que nadie quiere jugar”, lo que provoca sentimientos de inferioridad y baja autoestima. Estos factores se convierten en rasgos que muchas veces caracterizan a la persona obesa, que es marcada y castigada en muchos sentidos, de tal forma que la persona llega a creer que realmente se merece el castigo de ser marginada por ser

alguien que no puede convivir con personas normales que la miran con hostilidad, por no tener fuerza de voluntad (Campollo, 1995; Sarafino, 1998).

Por su parte, Rossell y Saldaña (1988) mencionan que la personalidad del individuo obeso se ha caracterizado por una extrema pasividad, por ser vergonzosos, tímidos, con un inadecuado desarrollo de la personalidad y con muchas enfermedades psíquicas. Es importante que en éstos casos, si la persona pide ayuda profesional se le trate de manera normal, sin discriminación por parte del médico o del terapeuta según sea el caso.

Se han tomado medidas para disminuir el problema de la obesidad, sin embargo los tratamientos realizados han sido inadecuados porque no se trata sólo de un problema físico sino también conductual, de actitud, de creencias y prejuicios en contra de la obesidad formados por una sociedad que le da gran valor a los cuerpos esbeltos. Estas condiciones han llevado a mucha gente a iniciar drásticos tratamientos y dietas que no tienen éxito debido que no es un tratamiento integral que intervenga en todas las variables que se relacionan con la obesidad, y si llegan a funcionar sus efectos son poco duraderos.

En el capítulo 3 se describen algunos de los tratamientos utilizados con pacientes obesos, sus resultados y las ventajas y desventajas de los mismos.

La obesidad es una enfermedad en la que influyen muchos y muy complejos factores y su tratamiento debe ser pensado a largo plazo, tal como se hace en enfermedades como la diabetes, en las que el individuo permanece en tratamiento de por vida (Campollo, 1995).

Antes de seguir cualquier método para abordar el problema, es necesario hacer una valoración del mismo. Al respecto, Rossell y Saldaña (1988) señalan que antes de realizar la valoración es necesario conocer la historia y los hábitos alimenticios del paciente, así como las complicaciones sociales y psicológicas que le ha traído como consecuencia la obesidad, además de la situación socioeconómica del paciente.

En el caso de la valoración de tipo clínico, se debe investigar si el paciente presenta enfermedades asociadas con la obesidad como son: la diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

El examen físico, debe incluir también mediciones muy precisas sobre talla y peso, para hacer una comparación entre el peso del paciente y las tablas de peso ideal. Muchas veces también se recurre a tablas de “peso sugerido”, en las que el grado de obesidad puede ser tomado como sobrepeso, o peso relativo, de acuerdo a un porcentaje de exceso de calorías (Campollo, 1995).

Por otra parte, también es necesario hacer una evaluación conductual, ya que la obesidad no es sólo un padecimiento físico, esta evaluación se realiza mediante una entrevista clínica sobre la historia del sobrepeso del paciente, sus antecedentes familiares y si ya ha hecho intentos anteriores para controlar su peso, además de que se obtiene información sobre posibles trastornos alimenticios además de la obesidad. Basándose en ésta entrevista se diseña un programa de intervención que trate de integrar tanto los elementos clínicos como conductuales. Es importante también evaluar el funcionamiento psicológico y social del paciente para saber si existen algunos trastornos como depresión, mala relación de pareja, etcétera, que puedan ser la variable principal del padecimiento (Jordan & Storlie, 1984).

Para que un tratamiento de control de peso tenga éxito, debe ser primero, supervisado por un especialista, que debe valorar las necesidades individuales de cada paciente, de otra forma, el resultado sería frustrante tanto para el paciente como para el especialista. El usar dietas, medicamentos, ejercicio en exceso, hormonas o grupos de autoayuda, por separado, e incluso tratamientos más drásticos como diversos tipos de cirugías muy conocidas actualmente, en la mayoría de los casos no ayudan a la persona a perder peso y si lo logran no lo mantienen por mucho tiempo.

El tratamiento de la obesidad requiere de un trabajo multidisciplinario que se debe iniciar antes que nada con una evaluación y en ocasiones con intervención médica. Al respecto, Jordan y Storlie (1984) hacen hincapié en la cantidad de tratamientos e intervenciones médicas que existen para la pérdida y control de peso. Por mencionar algunos, existen diferentes

medicamentos que se han desarrollado para la pérdida del apetito, tales como las anfetaminas y algunas preparaciones que contienen fenilpropanolamina la cual ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de la obesidad y que ha tenido mucho éxito en el mercado, sin embargo, si se consume sin recurrir a asesoría médica puede traer consecuencias a otros niveles como reacciones psicóticas y problemas renales.

Por otra parte, se ha recurrido mucho al uso de cirugías en el tratamiento de la obesidad, algunas de ellas causando verdaderos estragos en la anatomía del paciente. Entre las más comunes se encuentra la cirugía gastrointestinal, que consiste en cortar trozos del estómago para que se reduzca y no permita una excesiva ingesta de alimentos. Esta intervención no tiene efectos muy duraderos en cuanto al control de la obesidad, aunque si se ha demostrado que provoca serios daños gastrointestinales muchas veces irreversibles.

También es muy común hacer uso de purgantes recetados, que aunque pueden parecer efectivos de momento, a la larga puede provocar trastornos tales como la bulimia y la anorexia. Por último, es importante mencionar el papel que juega la actividad física recetada por el médico, que al parecer es la más efectiva y la que trae menores estragos, además de que es necesaria para el éxito del control de peso, independientemente de cualquier otro método que se utilice a la par de éste.

Otras formas de control de peso muy comunes, son las dietas utilizadas por millones de personas alrededor del mundo. Estadísticamente, en los Estados Unidos 4 de cada 10 mujeres y 1 de cada 4 hombres se encuentran bajo algún tipo de dieta, la mayoría de ellos sin asesoría profesional, cambiando algunos hábitos alimenticios y aumentando el ejercicio, sin embargo, en el caso de la persona obesa, es muy duro que por sí solo pueda cambiar hábitos alimenticios, y sobre todo peligroso que lo haga sin un asesoramiento. Se anuncian comercialmente toda una serie de dietas que prometen resultados milagrosos a muy corto tiempo de los cuales la mayoría son inefectivos y por el contrario pueden llegar a enfermar a la gente. En el caso de la obesidad, no se recomienda usar de ninguna forma dietas comerciales, ya que lo único que logran es descomparar el cuerpo del individuo provocando enfermedades como la anemia, sin que su peso logre reducirse (Jordan & Storlie, 1984).

Por otro lado, es muy común cuando se trata de reducción de peso hacer algunas rutinas de ejercicio, aunque muchos asocian que el ejercicio provoca más hambre, y eso es cierto, por lo cual debe ir acompañado por una dieta en la que se reducen algunas calorías, y no la cantidad de alimento. La actividad física es un componente muy importante en el control del peso. Uno de los beneficios es que incrementa el metabolismo ayudando a quemar calorías, sin embargo, en el caso del paciente obeso, el ejercicio puede llegar a ser algo desesperante, porque por lo regular el mismo peso les dificulta realizar algunas clases de rutinas, además de que durante el primer par de meses, los resultados son poco visibles ya que el ejercicio lo primero que hace es quemar las calorías que están de más en el cuerpo, que en el individuo obeso son muchas, lo cual no permite ver muchos cambios en el cuerpo. Las rutinas de ejercicio no son para realizarlas unos meses y dejarse, deben ser parte de los hábitos que se le enseñe al sujeto de por vida, por lo que no se recomienda que sean rutinas muy estrictas ni de más de media hora por día (Sarafino, 1998).

Como se mencionaba, el problema de la obesidad requiere de un tratamiento muy largo, lo cual implica la modificación de acciones y hábitos indeseados que agudicen el problema del exceso de peso. Esto se logra mediante las técnicas conductuales que han sido desarrolladas para mantener algunos patrones de alimentación. Al respecto, Simón (1993) menciona que las técnicas más utilizadas son: el reforzamiento, con todas sus variantes, autorregistros, técnicas aversivas, condicionamiento encubierto, control estimular, contratos conductuales autocontrol de consecuencias y técnicas cognitivas.

Las más utilizadas por su efectividad son las técnicas cognitivas, el control estimular y el autocontrol, que también incluye algunas de las técnicas anteriores. Las técnicas cognitivas se utilizan para trabajar específicamente sobre las variables que intervienen en el trastorno alimenticio, como es el caso de la obesidad, y las estrategias de autocontrol trabajan por su parte en las conductas por las que se caracteriza el trastorno como los hábitos de comida y la elección de la misma.

Por su parte, Lebow (1983/1986) menciona que el proceso de modificación de conducta en el tratamiento de la obesidad se divide en tres etapas, que son el relevamiento de la conducta y sus determinantes ambientales, la intervención para modificar la conducta y la evaluación para

controlar los efectos de la intervención, determinando los resultados a largo plazo y evaluar las consecuencias clínicas y como han influido en el medio social del paciente.

Por otra parte, es importante mencionar que alrededor de la mitad de los pacientes que inician un tratamiento mediante modificación de conducta terminan abandonando la terapia. El éxito de la misma depende mucho tanto de la asistencia a la terapia como al seguimiento de instrucciones tanto médicas como psicológicas.

Se llegan a dar algunos casos en los que el objetivo de la pérdida de peso no se alcanza. Algunos de los factores que no permiten la pérdida de peso son la edad, (más de 50 años), el tener una pareja obesa que no estimule al paciente a perder peso, además de la incapacidad para realizar autorregistros de las calorías durante los primeros días del tratamiento.

Para que el tratamiento pueda ser exitoso debe ser de efectos duraderos, en el caso de la obesidad, el éxito o fracaso de la terapia depende mucho del peso que el paciente ha perdido en el tiempo de la intervención terapéutica. Al respecto, Rossell y Saldaña (1988) mencionan que el tratamiento en modificación de conducta es uno de los que tienen efectos a largo plazo en comparación con cualquier otro tratamiento de control de peso.

El presente trabajo, tiene como objetivo describir las características de la psicología de la salud, la obesidad, así como los diferentes tratamientos utilizados para ésta última, con la finalidad de corroborar teóricamente si existe información respecto a los tratamientos multidisciplinarios de ella.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. ANTECEDENTES

La psicología ha logrado ser reconocida como ciencia a través de los años. Las múltiples problemáticas que se daban en los inicios del siglo XX hicieron que se formaran diversas posiciones que posteriormente se consolidaron como modelos teóricos, en los que la psicología se extendió hasta llegar a ser una ciencia que atendía muchas problemáticas con las que anteriormente parecía no tener ninguna relación. Posteriormente algunos estudios de laboratorio, dentro de los que contribuyeron las aportaciones de James, Binet, Freud y Watson contribuyeron a que la psicología se consolidara como ciencia en todos sus sentidos (Beneit & Latorre, 1994; Morales, 1999).

Pronto la psicología irrumpe dentro de algunos problemas de salud, así como de enfermedad, al mismo tiempo que se modifican algunos conceptos de salud dentro de la medicina, por los cuales la psicología se ve influenciada creando así una evolución dentro de la misma. Esta evolución tiene lugar por el rápido crecimiento de la población a nivel mundial, lo que hace que la atención a la salud cambie de un modelo individual a un modelo social expansivo, a partir de esto la psicología pasa a dividirse hacia una orientación clínica, así como a una orientación social (Beneit & Latorre, 1994).

Por otro lado, la psicología se va integrado cada vez más a los problemas de salud física y no sólo trata problemas de salud mental. La integración de la psicología con el cuidado de la salud, fue originada por varios campos y modelos. Entre los modelos que representan los antecedentes de la psicología de la salud se encuentran: la psicología clínica, la psicología médica, la medicina conductual, la salud conductual, y la medicina psicosomática, mientras que la orientación social se ha representado por la psicología comunitaria (Brannon & Feist, 1997; Morales, 1999; Radmacher & Sheridan, 1992).

1.1.1. La psicología clínica

La psicología clínica se inicia a finales del siglo XIX, aproximadamente en 1896 como un área de la psicología independiente y se caracteriza en principio por el trabajo que realiza dentro de las instituciones de atención a enfermos mentales. Algunos de los pioneros de ésta área, como Lighthner Witmer, aplicaron métodos de laboratorio a la psicología clínica que posteriormente adopta un enfoque multidisciplinario con la colaboración de médicos y neurólogos que participaban junto al psicólogo.

Otro evento importante en el desarrollo de la psicología clínica fue la aparición de los tests de Binet-Simon, además los rápidos avances de la psiquiatría que tenían amplia influencia en esta área, creando otro tipo de clínicas, por ejemplo la de William Healy para el estudio de la conducta delictiva. Por otro lado, Witmer se interesó en aspectos cognitivo intelectuales de la personalidad cuando comienza a trabajar con retrasados mentales ampliando así el campo de estudio de los psicólogos clínicos. Esto desde luego requería que los instrumentos utilizados especialmente por los psicólogos fueran más extensos y precisos, lo que dio pie a la creación de una serie de test psicológicos.

Además de los elementos antes mencionados, un hecho notablemente importante para el desarrollo de la psicología clínica fue el inicio de la segunda guerra mundial, la cual creó un gran campo de trabajo para los psicólogos clínicos en la atención a enfermos a través de la psicoterapia, individual. La demanda del apoyo psicológico en ese tiempo, hizo una expansión de la enseñanza de la carrera de psicología especialmente clínica en muchos países (Ballester, 1997; Morales, 1999).

Actualmente, no han cambiado mucho los métodos y los fines de la psicología clínica que en sus inicios se caracteriza principalmente por una intervención centrada en la enfermedad más que en la salud, es decir que no es de carácter propiamente preventivo, se centra en el individuo y no tanto en una comunidad y más que ser una teoría que explique algún tipo de problemática, es un modelo aplicado. Sin embargo, el hecho de que sea más práctica que teórica no significa que sus aportaciones no sean de gran relevancia, sobre

todo en las áreas de diagnóstico de enfermedades mentales (Amigo, Fernández & Pérez, 1998; Ballester, 1997).

La psicología clínica es uno de los antecedentes más influyentes en la psicología de la salud, en la cual los métodos clínicos son determinantes en el tratamiento de problemas muy específicos, así como en el aumento de la calidad de la atención a los enfermos

1.1.2. La psicología médica

La psicología médica es aquella que se aplica a los problemas médicos y a los factores psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, además de intervenir en el tratamiento de los enfermos por parte del personal dentro de las instituciones de salud.

Al respecto, Brannon y Feist (1997) y Morales (1999) señalan que la psicología médica se inicia en Europa a principios del siglo XX como una necesidad de entender al individuo como un todo y no únicamente poniendo atención a sus padecimientos en aislado, que era la función de la medicina hasta entonces. Las corrientes humanistas y parte del trabajo de Sigmund Freud, comienzan a dar importancia al papel de la psique en la enfermedad, de tal forma que se proponía que el médico no dejara de lado los determinantes psicológicos de una enfermedad ya presentada o que pudieran provocarla.

A partir de esta revalorización surge el concepto de “medicina psicosomática”, que se basaba en teorías psicoanalíticas sobre la influencia de la represión y algunos conflictos psicosexuales en el desarrollo de algunas enfermedades, posteriormente, se consideraron otros determinantes tales como vivencias y creencias del paciente (Amigo et al. , 1998; Morales, 1999).

En la llamada medicina psicosomática no se utilizaba el método experimental, sino que se hacían valoraciones mediante observaciones clínicas. Sin embargo, conforme ha avanzado la psicología médica como tal, se han dejado de lado las posibilidades de que

algunas enfermedades sean producidas totalmente por conflictos no resueltos o por factores de personalidad.

Es importante mencionar que otro hecho de gran relevancia en el desarrollo de la psicología médica fue el estudio de la relación médico-paciente, así como las condiciones y la forma de vivenciar la hospitalización por parte del paciente. Al respecto se realizaron por los años 50 algunos trabajos sobre la preparación psicológica de los pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente, encontrando que una buena atención psicológica reduce riesgos en el periodo postoperatorio y en la recuperación en general (Ballester, 1997; Morales, 1999).

Sin embargo, la psicología médica, como todas las ramas y disciplinas ha tenido algunas limitaciones. Cuando la teoría psicosomática se fue debilitando, la psicología médica tomo otro rumbo, ahora orientada hacia la prevención de las enfermedades y la comprensión de las mismas pero no en un individuo, sino a nivel comunitario, además de que, a diferencia de la psicología clínica, no se centra sólo en enfermedades mentales, sino en todo el cuerpo, lo que hoy, sienta las principales bases de la psicología de la salud.

1.1.3. La medicina psicosomática

La medicina psicosomática considera que un malestar físico se compone de factores tanto emocionales como psicológicos, y que tanto los factores somáticos o físicos y los psicológicos interactúan para producir un padecimiento. Esta idea es antigua ya que desde los tiempos de la prehistoria se observaba que tanto los malestares físicos como los espirituales en diversas culturas, eran producto tanto de factores sociales como psicológicos. En otras épocas, el concepto de medicina psicosomática tuvo mucho auge gracias a Freud, quién enfatizó la importancia que tiene el inconsciente en el desarrollo de algunos síntomas físicos (Amigo et al. , 1998; Brannon & Feist, 1997).

Posteriormente la medicina psicosomática comenzó a ser observada por Walter Cannon en 1932 (como se cita en Amigo et al. , 1998) quién notó que algunos cambios en el

organismo estaban acompañados por ciertas emociones. La investigación de Cannon demostró así que la emoción producía esos cambios en el organismo y que además podían estar relacionados con el desarrollo de algunos padecimientos crónicos. Después de estos hallazgos, Helen Flanders desarrolló la idea de que las respuestas que la gente exhibe como parte de la personalidad, se podían relacionar con algunas enfermedades, es decir que había una relación personalidad-malestar (Brannon & Feist, 1997).

Alrededor de los años 50s, un seguidor de Freud llamado Franz Alexander notó que los desórdenes psicosomáticos seguían una línea de relación entre conflictos personales y desórdenes físicos muy específicos.

En aquellos tiempos, se creía que malestares tales como las úlceras, reumatismo, artritis, hipertensión, neurodermatitis y colitis, eran psicosomáticos. Alexander tenía la idea de que había gente más vulnerable que otra a los efectos del estrés en el organismo. De esta forma, cuando vulnerabilidad y altos niveles de estrés coinciden, la gente puede desarrollar fácilmente un padecimiento crónico.

El estrés y sus efectos en la fisiología han sido uno de los principales motivos de investigación dentro de la medicina psicosomática. Los avances dentro de la misma se refieren a los fisiólogos, quienes expresan que una enfermedad no puede ser tratada por un factor individual, ya que ésta se desarrolla por factores múltiples que incluyen proceso psicológicos y somáticos de un individuo en relación con su medio ambiente.

Aquellos fisiólogos que creyeron que existía la enfermedad psicosomática, fueron los primeros dentro de la medicina moderna en aceptar el modelo biopsicosocial y algunos cambios a nivel preventivo en el modelo biomédico (Amigo et al. , 1998; Ballester, 1997).

De ésta forma, se dio una nueva concepción de la salud y la enfermedad desde una perspectiva psicosomática por muchos profesionistas en medicina. Básicamente, todas las enfermedades son psicosomáticas porque tienen componentes tanto psicológicos como sociales.

La medicina psicosomática fue un movimiento que revolucionó a la medicina tradicional, al respecto, Brannon y Feist (1997) señalan que dicho movimiento no ha sobrevivido del todo en sus objetivos iniciales, que son el enfatizar los componentes sociales y psicológicos dentro de la enfermedad. La medicina psicosomática ha tenido algunos aciertos, sin embargo sigue estando bajo el dominio tanto de la psiquiatría como de la medicina tradicional, de tal forma que no ha logrado integrar del todo a los aspectos psicológicos con los fisiológicos. Actualmente, los principios y objetivos de la psicología de la salud han sido transferidos al área de la medicina conductual.

1.1.4. La medicina conductual

Aunque los psicólogos han trabajado mucho dentro de las ciencias médicas, su trabajo comenzó a ser reconocido hasta principios de la década de los 70s. En aquella época el trabajo del psicólogo en la medicina estaba limitado a las áreas de la educación médica, aplicación de pruebas psicológicas, medicina psicosomática y psicoterapia. Prácticamente el psicólogo no participaba en lo concerniente a los aspectos psicológicos del tratamiento médico, y si lo hacía era sólo para tratar problemas de salud mental. La psicología era considerada una ciencia, sin embargo, no se pedía mucho la ayuda del psicólogo para tratar padecimientos tales como el tabaquismo, trastornos alimenticios, ejercicio, reducción de estrés y control del dolor, entre otros (Brannon & Feist, 1997).

Sin embargo, los psicólogos desarrollaron muchas técnicas para cambiar problemas de conducta relacionados con la enfermedad y que además incrementaron el trabajo de los psicólogos en el cuidado integral de la salud.

Esta integración de las ciencias de la conducta y las ciencias biomédicas dio origen a la medicina conductual. Las técnicas desarrolladas por los psicólogos para intervenir en problemas de conducta y el conocimiento desarrollado por las ciencias de la salud, se interrelacionan para trabajar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Brannon & Feist, 1997; Radmacher & Sheridan, 1992).

La medicina conductual comienza como una continuación de la psicología médica, dando relevancia a ciertos comportamientos aprendidos como origen de algunas enfermedades y padecimientos clínicos y buscando el tratamiento más adecuado ante éstas variables.

Al respecto, Morales (1999) indica que la medicina conductual trataba de conjuntar a la asistencia médica los resultados de algunas investigaciones de tipo experimental, por lo que se le consideró de carácter multidisciplinario. Específicamente, la medicina conductual es la relación del estudio de la conducta como factor importante no sólo en la enfermedad, sino también en la salud, y la aplicación de sus resultados para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

En general, la medicina conductual tiene lugar por cuatro acontecimientos de gran importancia. El primero de ellos, fue el descubrir que las técnicas conductuales empleadas en el tratamiento de enfermos mentales, también podían ser utilizadas con éxito en otro tipo de padecimientos tales como la obesidad, y algunas adicciones como el tabaquismo. Otro hecho importante fue el descubrimiento de la “biorretroalimentación” que se refiere al hecho de que existe un control voluntario del paciente sobre sus procesos somáticos controlados por el sistema nervioso autónomo, es decir, que era posible que un cambio conductual tuviera efectos en funciones fisiológicas y corporales (Brannon & Feist, 1997; Morales, 1999).

Por otro lado, se empezaba a prestar atención al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares, que eran las dos principales fuentes de mortalidad de los adultos, y se descubrió que se podían hacer cambios en el comportamiento que eran muy útiles tanto para la prevención como para el tratamiento de éstas enfermedades. Esto trajo como consecuencia un cuarto acontecimiento, que tal vez tuvo una mayor influencia en el desarrollo de la psicología de la salud, y fue que conforme las poblaciones crecían, comenzaba un enorme interés por la prevención en general, dentro de la cual los factores psicológicos y sociológicos eran determinantes.

Con estos antecedentes, se puede definir a la medicina conductual como un campo multidisciplinario que integra el conocimiento de las ciencias de la conducta con las ciencias biomédicas importantes para la salud y la enfermedad, además de que esta integración no sólo es utilizada cuando se ha presentado la enfermedad, sino que tienen la labor de prevenir, diagnosticar y además desarrollar programas de intervención y tratamiento así como de rehabilitación.

La medicina conductual, como su nombre lo indica se interesa por el hecho de cómo un cambio conductual interviene en la mejoría de padecimientos clínicos, es decir el cómo interviene en la práctica médica, de tal forma que le han dado gran peso al principio de la biorretroalimentación o biofeedback, lo que dio la posibilidad de intervenir terapéuticamente en algunos trastornos patológicos a nivel somático.

Otras utilidades que se le ha dado al análisis conductual aplicado al campo de la medicina es la de modificación de comportamientos de riesgo, como es el caso de la relación entre la conducta de ingerir alimentos y la obesidad. También ayuda a que se dé un seguimiento en los tratamientos dados así como para la adaptación de los pacientes a una institución de salud. Sin embargo, la medicina conductual muchas veces por centrarse tanto en síntomas e incluso en la misma enfermedad, puede dejar de lado la interacción de un individuo con su medio ambiente y con su comunidad que son la fuente de muchos de sus síntomas y enfermedades (Brannon & Feist, 1997; Morales, 1999; Radmacher & Sheridan, 1992).

Cabe señalar que la medicina conductual también ha recibido algunas críticas, entre las cuales está la referente a que un profesional en dicha área, requiere tener mucha experiencia y formación tanto en ciencias de la conducta como en ciencias biomédicas, lo cual es muy difícil, ya que los investigadores en el campo conductual presentan poca experiencia en el área biomédica y viceversa lo cual no permite una integración y cooperación adecuada.

También se le califica de ser demasiado práctica y no tener suficientes bases científicas ni marcos teóricos que la sustenten, ya que no presenta una definición concreta sobre la

salud, además carece de un modelo psicológico mediante el cual se pueda analizar por qué una persona puede enfermar, no tiene la suficiente investigación que pueda afirmar que los procedimientos y técnicas psicológicos puedan ser empleados de igual forma en el área de salud, y por último, en el terreno de la rehabilitación tiene muchas limitaciones tanto conceptuales como metodológicas.

1.1.5. La salud conductual

La salud conductual es una disciplina que surge a la par de la medicina conductual. Esta disciplina pone gran énfasis en el mejoramiento de la salud y en la prevención de la enfermedad más que en el diagnóstico y el tratamiento de desórdenes en la salud.

La salud conductual es básicamente una subdisciplina de la medicina conductual que trata específicamente el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, tratando problemas como el tabaquismo alcoholismo, obesidad, dietas y ejercicio entre otros (Brannon & Feist, 1997; Radmacher & Sheridan, 1992).

La salud conductual se centra en la idea de que la salud es responsabilidad del individuo más que del diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación, y que esta responsabilidad se basa en el cambio de todos aquellos estilos de vida y conductas que mejoran o decrecientan el estado de salud. Aunque es muy interesante esta perspectiva que se relaciona mucho con la psicología de la salud y con la medicina conductual, no ha tenido el mismo desarrollo de dichas disciplinas (Brannon & Feist, 1997).

Todos los antecesores de la psicología de la salud mencionados, han dado grandes aportaciones pero también presentan muchas limitaciones, todas ellas son enfoques que atienden sólo parcialmente las problemáticas estudiadas, y como se puede ver no consideran del todo a los factores sociales y ambientales que también son relevantes en el proceso de salud enfermedad, así como en el diagnóstico y la prevención. Esta necesidad de abordar al individuo como ser social creó una rama que se conoce como psicología comunitaria.

1.1.6. La psicología comunitaria

Se desarrolla como un enfoque social, que tiene por antecedente a las dinámicas grupales, procesos de toma de decisiones y cuestiones de tipo organizacional. Uno de los principales iniciadores de esta corriente fue Kurt Lewin, psicólogo social. La idea de la psicología de carácter social era que muchos de los problemas de las personas se pueden resolver en comunidad, que además provocaba entre los integrantes un sentimiento de solidarización.

Este tipo de práctica se inicia en los Estados Unidos en la década de los 60s debido al interés que se tenía ya no sólo por curar cuando la enfermedad se presentaba, sino prevenir y de forma masiva, por lo que aparecen las comunidades como objetivo principal, a diferencia del enfoque individualista de los psicólogos clínicos, la psicología comunitaria tenía una perspectiva tanto preventiva como educativa. Los psicólogos sociales creían, por un lado que el modelo médico era muy poco satisfactorio, ya que no analiza el origen de la enfermedad, además de que no considera el entorno social bajo el cual se presentan ciertas enfermedades, no fomenta la participación de los afectados en el proceso de prevención.

Por otra parte consideraban que la psicoterapia común presentaba grandes limitaciones al igual que el trabajo del psicólogo que únicamente se centraba en el psicodiagnóstico. Los avances científicos eran de carácter extremadamente riguroso, y por lo tanto, sus intervenciones también lo eran. Todos estos criterios llevaron a un activismo social en cuanto a los programas para el trabajo de salud a nivel comunitario.

Esta perspectiva trataba de desarrollar una competencia en los problemas de salud, en los entornos escolares, laborales y sanitarios principalmente. Al hablar de competencia, también se referían a que la persona manejara adecuadamente sus problemas como era el estrés, la depresión y que además supiera como buscar el apoyo social que requería para hacer frente a estos problemas. Así, no sólo habría servicios de salud competentes, sino también ciudadanos competentes, lo cual permitiría una reducción de los problemas de salud global (Morales, 1999; Radmacher & Sheridan, 1992).

Las acciones concretas que debían tomar los psicólogos dentro de este modelo eran: la de enseñar y promover entre las personas conductas saludables, hacer un análisis del entorno ambiental, promover la facilidad de acceso a los servicios de salud y psicológicos, permitir que la comunidad tenga acceso al conocimiento científico de la salud y su cuidado lo que además permitiría que cada individuo se hiciera consciente de su autocuidado, además de trabajar en conjunto con otros profesionistas en el área de salud como parte de un campo más integrado de lo que proponían los modelos anteriores. Sin embargo, en aquel tiempo, la psicología comunitaria seguía más ligada a los problemas de salud mental que a la salud en general, lo cuál se consideraba como una gran limitante, ya que según algunas críticas, algunos problemas de salud mental como el sufrimiento psíquico y el retardo mental eran abordados de una forma muy simple y sin fundamentos científicos, ya que el modelo de competencia no aclara cuáles son las variables psicológicas y sociales que se presentan en el proceso salud-enfermedad (Morales, 1999).

La psicología comunitaria fue un intento por resolver los problemas de comportamiento de un individuo que influyen en su salud pero que además son provocados y padecidos por toda una comunidad, por lo que se le considera una evolución de las ideas que se tenían sobre las causas de determinados padecimientos, aunque no logró sobrepasar el campo de la salud mental. Sin embargo, es un importante antecedente en la creación de la actual psicología de la salud, y muchos de sus resultados han tenido gran influencia en las instituciones tanto de asistencia médica como en instituciones educativas y laborales.

1.1.7. Antecedentes de la psicología de la salud en América Latina

El desarrollo de la psicología de la salud ha sido muy diferente de acuerdo a cada país. Mientras que en algunos países ya se considera de primera necesidad, se tienen diversas líneas de investigación y programas de formación muy bien organizados, en otros todavía no se ha iniciado.

En general, en América Latina se observó un rápido crecimiento en el número de psicólogos durante los años 50s. Los países con más número de psicólogos profesionales durante las últimas tres décadas han sido Brasil y México, a éstos le han seguido Venezuela, Colombia y Cuba. Las áreas que más han sido necesarias y con más desarrollo en éstos países han sido la psicología clínica, educativa y social. Sin embargo, en los últimos tiempos las áreas psicología de la salud, comunitaria y ambiental se han desarrollado con mucha rapidez. En algunos países en donde la psicología estaba muy desarrollada, el nacimiento de la psicología de la salud se presenta en la década de los 70s, tal es el caso de los Estados Unidos de América, en donde la psicología de la salud comenzó abordando problemáticas como el manejo psicológico de las enfermedades crónicas, principalmente cardiovasculares, cáncer y el dolor crónico así como las adicciones (Rodríguez & Rojas, 1998).

En otros países la psicología de la salud se inicia en las universidades mediante la investigación, dentro de la cual posteriormente se establecieron programas para especialistas. La psicología de la salud también se origina dentro de las unidades de atención a la salud como fue en el caso de Colombia y Venezuela, en los que se dio tanto en hospitales como en universidades, en ambos casos la principal preocupación era brindar atención primaria a la salud y atender lo referente a la psicología comunitaria.

El caso de Brasil por ejemplo, llama mucho la atención porque ha sido uno de los países dentro de los cuáles se ha dado un mayor desarrollo a la psicología de la salud en América latina. Fue el primer país que creó residencias en esta disciplina en los tres niveles de atención.

Finalmente, hay países en el que la psicología de la salud y sus beneficios aún no se tienen contemplados como es el caso de Chile, en el que la psicología de la salud apenas se ve como un plan que no se ha concretado (Lucio & Palacios, 1993; Rodríguez & Rojas, 1998).

1.2. DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.2.1. Concepto de salud y enfermedad

Salud puede considerarse como la ausencia de un malestar o la presencia de una buena condición física, sin embargo, a través del tiempo se ha considerado que alcanzar el estado de bienestar de la salud se relacionan directamente con la forma en que es entendido dicho estado en diferentes tiempos y culturas y de las prácticas que se adoptan en cada cultura, de tal forma que no hay que restar importancia a las prácticas milenarias de medicina alternativa que se aplican en muchas comunidades que no tienen los actuales avances científicos y que sin embargo han sobrevivido muchas de ellas siendo muy eficaces. Tal vez esto se debe a que dichas prácticas no hacen una división drástica de la dualidad cuerpo-mente, para alcanzar el bienestar físico y psíquico de la persona. En cierta forma, la actual concepción de la salud es como un regreso a la de aquellas prácticas, ya que actualmente la salud no se considera como un reduccionismo y acepta que existe una conexión del cuerpo y la mente que están íntimamente ligados, lo que ha permitido que se dé un trabajo realmente multidisciplinario entre los profesionales de la salud, incluyendo sociólogos y psicólogos entre otros (Amigo et al. , 1998; Brannon & Feist, 1997).

El hecho de aceptar que existe una dualidad cuerpo y mente ha sido fundamental en los avances del tema de la salud y la enfermedad. El concepto de un estado sano se relaciona mucho con las prácticas culturales e incluso terapéuticas que se usan y son tan diversas como las culturas y las sociedades en las que estamos inmersos. Para algunas culturas la mente y el cuerpo indudablemente son indivisibles mientras que en otras, como la cultura occidental son elementos totalmente separados que deben ser atendidos de igual forma, separados.

Ballester (1997) señala que en algunas culturas, en donde las personas no tenían acceso a definiciones científicas sobre los conceptos de salud-enfermedad, se pensaba que la enfermedad y la muerte eran causadas por poderes sobrenaturales, de tal forma que cuando una persona padecía alguna enfermedad era considerada como poseída por alguna clase de

espíritu maligno o simplemente se decía que el espíritu de la persona había huido de su cuerpo, lo cual podía ser tratado mediante toda una serie de rituales.

Por otro lado, en la antigua Grecia Homérica, la definición de enfermedad también tenía una implicación religiosa. La enfermedad era causa de la infracción de alguna ley divina que provocaba la ira de un dios.

Al respecto Amigo et al. (1998) mencionan que en la antigua cultura Griega, el cuerpo y la mente eran indivisibles. Bajo este precepto, se decía que el estado sano de un individuo era la armonía consigo mismo, mientras que la enfermedad era el desequilibrio por causas naturales ya sea de tipo biológico o de personalidad. Por otra parte, la cultura China desarrolló también un concepto naturalista del proceso salud-enfermedad, como un balance de fuerzas naturales opuestas, y la enfermedad aparecía cuando el balance entre esas fuerzas se rompía, es decir, que la salud física para ellos era fuertemente influenciada por las emociones y la conducta del individuo.

Sin embargo, durante la edad media esta concepción sobre la salud y la enfermedad cambió en el mundo occidental en donde se le dio más importancia a las cuestiones espirituales dentro de la enfermedad y la medicina quedó al mando de la iglesia. De esta forma, la enfermedad llegó a verse como un castigo divino a quienes no cumplían con las normas impuestas por la iglesia y la curación llegaba con la fe y el arrepentimiento, lo cual permitió que muchos sacerdotes se dedicaran a la práctica de la “medicina” (Amigo et al. , 1998).

En la época del renacimiento hay un retorno a la enfermedad como algo natural. Se le da mayor auge al estudio de las ciencias, se inventa el microscopio, las cirugías etcétera. Sin embargo, no se puede llamar del todo un avance en esta época, debido a que se inicia a la vez el proceso de desnaturalización del pensamiento médico y se le da prioridad al modelo biomédico. En esa época, René Descartes hace una notable división entre lo físico y lo espiritual, lo cual tiene como consecuencia que el cuerpo sea visto como una máquina manipulable y estudiada por partes de forma mecánica y la enfermedad era vista como una falla de la maquinaria. Se inicia la visión bioquímica de la enfermedad dejando de lado los

factores sociales y psicológicos. Esta postura fue aceptada por la iglesia, ya que el hecho de ver al cuerpo como una maquinaria totalmente visible y analizable, dejaba un poco en libertad los dogmas religiosos con respecto a la espiritualidad.

Sin embargo, Amigo et al. (1998) señalan que pese a que el hacer una separación tan drástica de cuerpo y mente en el proceso de salud-enfermedad ha traído muchas desventajas, también ha tenido muchos beneficios, como el control en masas de algunas enfermedades infecciosas así como el decremento de las tasas de mortalidad, e incluso ahora, con algunas intervenciones simples se han controlado enfermedades que antes eran irremediablemente mortales.

Es necesario tener una visión integral del concepto de salud, al respecto, Brannon y Feist (1997) indican que en 1946, las naciones unidas establecieron la organización mundial de la salud, la cual señaló que la salud esta integrada por el estado físico, mental y social y no solamente es la ausencia de un malestar físico tal como se definió durante muchos años.

1.2.2. Perspectiva del modelo biomédico

Esta división cuerpo y mente, es decir el dualismo dio origen al modelo biomédico, que señala que el cuerpo es algo físico, mientras que lo referente a lo psicológico es parte de lo etéreo y lo espiritual. También se basa en un reduccionismo que implica que toda enfermedad se debe a fallas en las reacciones físicas y químicas del cuerpo. Los órganos del cuerpo se atienden por separado, por lo cual hay un especialista para cada órgano dejando de ver el cuerpo como un todo, incluso una enfermedad se atiende como si se tratara de un cuerpo que funciona porque sí y que no hay detrás una persona que piensa, que tiene un cierto estilo de vida, y que responde a esa nueva situación que esta viviendo, y que esa respuesta influye en que el curso de la enfermedad se mejore o se agrave (Amigo et al. , 1998).

En el modelo bioquímico la enfermedad se presenta por anomalías bioquímicas, sin embargo cuando el médico requiere hacer un diagnóstico del padecimiento no puede basarse únicamente en estudios realizados a dichas alteraciones bioquímicas, es necesario también atender a lo que el paciente está comunicando con respecto a los factores sociales, ambientales y psicológicos que influyen en la enfermedad, de tal forma que el médico en ocasiones tiene que recurrir incluso a una especie de entrevista terapéutica para hacer un diagnóstico (Radmacher & Sheridan, 1992).

Dicho modelo tampoco puede determinar con exactitud la recuperación del paciente ya que da por hecho que la persona está curada cuando deja de presentar alteraciones fisiológicas, sin embargo, si el paciente tiene un estado de ánimo inadecuado es muy probable que exista una recaída precisamente por la conexión que hay entre el cuerpo y las emociones.

Algunos fisiólogos, psicólogos y sociólogos se cuestionaron las limitaciones del modelo biomédico. Actualmente los profesionistas en el campo de la salud están debatiendo si realmente ese modelo es funcional, la mayoría de ellos, están poco satisfechos con este modelo tradicional y pretenden que se realicen cambios adecuados.

Si bien el modelo biomédico es posiblemente el que ha logrado mayores avances, es importante que se analice desde una perspectiva psicológica, sobre todo en cuanto a la relación existente entre el médico y el paciente que es de fundamental importancia para que se dé una recuperación, además de que contribuyen a una mayor cooperación del paciente dentro de cualquier tratamiento (Ballester, 1997; Brannon & Feist, 1997).

En este sentido, la nueva concepción de la salud tiene como propósito superar algunas de las limitaciones del modelo biomédico para comprender y controlar mejor algunos padecimientos, integrando en parte lo que se conoce como modelo biopsicosocial.

1.2.3. Perspectiva del modelo biopsicosocial

Recientemente, se ha desarrollado un modelo alternativo que resolviera en cierta medida las limitantes del modelo biomédico. Este modelo ha comenzado a incorporar no sólo el aspecto biológico sino también el psicológico y el social. Dicho modelo, llamado biopsicosocial, reconoce a la salud, nuevamente como una condición positiva, aunque no únicamente de los factores biológicos, sino también de los psicológicos y sociales, que también son determinantes en el desarrollo de un padecimiento crónico.

Por otro lado, cabe señalar que a diferencia del modelo biomédico, que atiende básicamente a la enfermedad, el modelo biopsicosocial atiende tanto a la enfermedad como a la salud, sosteniendo que ésta se logra cuando un individuo se encuentra en una estabilidad biológica, así como psicológica y social (Amigo et al. , 1998; Brannon & Feist, 1997; Radmacher & Sheridan, 1992).

Respecto al campo de investigación de dicho modelo, se analizan las tres variables antes mencionadas como causantes del malestar. Para investigar cómo interactúan los factores psicológicos, biológicos y sociales, los investigadores en dicha área toman como base la teoría de sistemas que señala que los tres niveles se organizan en forma jerárquica y que la alteración de uno afectará a los restantes. Es por esto, que se requiere del trabajo multidisciplinario para la prevención y el mantenimiento de la salud, así como para el tratamiento de la enfermedad.

El modelo biopsicosocial señala también la importancia de la relación médico-paciente teniendo en cuenta que una buena relación entre ambos puede mejorar la respuesta del paciente ante los tratamientos. En resumen, dicho modelo da prioridad al hecho de que la atención médica debe ser fundamentalmente multidisciplinaria para entender mejor las causas que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de una enfermedad.

La importancia de saber como afectan los factores contextuales, sociales y psicológicos para la formación y desarrollo de padecimientos crónicos por otro lado, ha hecho que se

realicen con más profundidad investigaciones epidemiológicas que han retomado el modelo biopsicosocial, para entender dichos padecimientos en toda su multicausalidad (Beneit & Latorre, 1994).

Este modelo ha dado un mayor entendimiento de los determinantes de una enfermedad, logrando así desarrollar tratamientos integrales que sí toman en cuenta el contexto social en el cual vive el paciente y que puede afectar a que disminuya o empeore la enfermedad.

Aunque en el siglo XX el modelo biomédico es el que predomina en los centros de salud, el modelo biopsicosocial ha tenido gran aceptación debido a la nueva concepción que se tiene sobre la salud, lo que ha permitido más la entrada al campo de la salud, de psicólogos y sociólogos, dando cada vez más auge al campo de la psicología de la salud. Algunas investigaciones incluso han sugerido, que actualmente los fisiólogos también conceptualizan a la enfermedad como algo muy complejo que incluye tanto factores físicos como sociales. Aún en las aproximaciones endocrinas y biomédicas se incluyen los factores psicológicos que son la base del modelo biopsicosocial (Brannon & Feist, 1997).

1.2.4. La psicología de la salud

La psicología de la salud se denominó desde finales de la década de los 70s como una forma la inserción de la psicología y los profesionales de la misma en el campo de la salud. Esta inserción, no sólo de la psicología sino también de la sociología se debió a que la salud dejó de verse simplemente como la ausencia de la enfermedad, y comenzó a considerarse como un estado de bienestar en todos los sentidos, incluyendo el psíquico y social, y no sólo el estado físico, de tal forma que se inicia un nuevo movimiento biopsicosocial, que además es ampliamente reconocido por la ley general de sanidad, que considera a la salud como un derecho social que no se refiere sólo al tratamiento de aspectos biológicos de una enfermedad, sino a toda una integración de factores que incluye la promoción, prevención y rehabilitación de la misma tanto a nivel físico como psicológico.

Así surge como tal la psicología de la salud que podría definirse como el conjunto de contribuciones multidisciplinarias para la promoción y el mantenimiento de la salud así como el tratamiento de la enfermedad y el estudio de sus orígenes, así como la mejora de los sistemas de salud y sus políticas (Amigo et al. , 1998; Beneit & Latorre, 1994; Brannon & Feist, 1997; Pitts, 1996).

También se ha definido a la psicología de la salud como una serie de aportaciones de diversos profesionales dedicados a la salud que además de atender a un individuo promueven la necesidad de prestar ayuda a otros contextos de tipo social, político y económico de la salud (Ballester, 1997).

La psicología de la salud fue consolidada como tal por tres causas fundamentales. Una de ellas fue la preocupación por la prevención de enfermedades infecciosas y su relación con el estilo de vida moderno. Otra razón, fue que las enfermedades crónicas con las que los pacientes viven muchos años traen consigo una serie de transformaciones en la calidad de vida del paciente. De ésta forma los médicos se han adentrado y preocupado más por la calidad de la relación que tienen con los pacientes, ayudándole a adaptarse a su nuevo estilo de vida, y finalmente, encontrar las variables que se encuentran implicadas en el desarrollo de algunos malos hábitos de salud.

Aunque estas fueron quizá las principales causas de la aparición de esta disciplina como tal, existen otras como: el enorme aumento de gastos en la salud sin que ésto traiga como consecuencia mayores beneficios, necesidades de colaboración multidisciplinaria en muchas enfermedades crónicas, y la falta de apoyo de las instituciones sanitarias en la promoción de una cultura preventiva (Ballester, 1997).

Por otro lado, la psicología de la salud tiene como objetivo estudiar las variables psicológicas que influyen en el estado de salud, así como la forma en que se logra un estado saludable y cómo responde una persona cuando es atacada por una enfermedad.

Estas son sólo algunas de las contribuciones que ha tenido la nueva conceptualización de la salud, que ahora incluye cuatro aspectos principales: el estilo de vida, los factores biológicos, influencias ambientales, y servicios eficientes de salud. El estilo de vida es el que más influye en el desarrollo de enfermedades crónicas ya que algunas conductas de orden patológico repercuten mucho en el estado de salud.

Es de suma importancia conocer el contexto psicosocial de la salud, si realmente se quiere atacar un problema de raíz, por lo cual, la psicología de la salud ha tenido un gran desarrollo, debido a que algunos de sus supuestos básicos le han permitido integrarse cada vez más al campo de las ciencias biomédicas tomando en consideración el contexto biológico y social en el tratamiento de enfermedades crónicas

Los supuestos en los que se basa la psicología de la salud, señalan que ciertos comportamientos aumentan el riesgo para que se desarrollen ciertas enfermedades y que la modificación de estos comportamientos puede reducir el riesgo de que la enfermedad se presente.

Al respecto, Beneit y Latorre (1994) y Pitts (1996) mencionan que el comportamiento es fácil de cambiar y manipular en cierta medida mediante la intervención psicológica, lo que trae beneficios a nivel coste-utilidad, ya que la intervención psicológica puede ser menos costosa y más eficaz que otros tratamientos.

Por su parte, Brannon y Feist (1997) mencionan que un malestar crónico es originado por diversas causas. Se ha comprobado que la conducta del individuo, así como su estilo de vida, tienen una fuerte implicación en el desarrollo del mismo. Muchos malestares crónicos son parte de la conducta, por lo cual las ciencias de la conducta se han convertido en parte de las ciencias de la salud.

La psicología en el campo de la salud se ha encargado más que de atender a la persona en la enfermedad, de mantener un estado saludable y prevenir que el padecimiento aparezca. Las contribuciones de los psicólogos a la salud, se basan en técnicas de cambio

de conductas que pueden estar implicadas en un malestar crónico. Además cambiar las conductas inadecuadas, los psicólogos utilizan algunas técnicas para reducir el dolor y los niveles de estrés que son producidos una vez que la enfermedad aparece, de tal forma que ayudan no sólo al paciente, sino también a su familia a adaptarse a vivir con el padecimiento como parte de sus vidas.

Actualmente el campo de aplicación de la psicología de la salud se ha extendido cada vez más, mejorando la calidad de vida del individuo y su comunidad, en diversos aspectos, tales como la educación, el trabajo y la salud física y mental entre otros.

1.3. ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La intervención de la psicología de la salud, se ha enfocado básicamente a los siguientes problemas: el comportamiento como factor de riesgo, el mantener la salud mediante el cambio conductual, reestructuración de las cogniciones acerca del proceso salud, enfermedad, el estudio del medio ambiente en el que se da un tratamiento así como ayuda al paciente para afrontar la enfermedad y la incapacidad.

Los profesionistas en psicología de la salud por su parte, se interesan por el mantenimiento y promoción de la salud. También estudian los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento en la enfermedad, ya que se ha descubierto también que muchas de las enfermedades mortales actuales como el cáncer, tienen mucho que ver con la conducta y estilos de vida de la gente ya sea para mejorar o para recaer, de tal forma que es de suma importancia la intervención psicológica, por lo cual, se ha recomendado dicha atención mediante la aplicación del análisis funcional y la terapia de comportamiento en muchas enfermedades a la par de la intervención médica y fisiológica (Beneit & Latorre, 1994).

El psicólogo de la salud, se encarga de estudiar la etiología de la salud y la enfermedad, es decir, que estudia las causas y los orígenes de la enfermedad especialmente aquellos de tipo psicosocial.

Por otro lado, los psicólogos de la salud estudian la influencia de las instituciones y su personal en el comportamiento de los pacientes, a fin de elaborar algunas recomendaciones en el tratamiento para mejorar la interacción del paciente con los profesionales del sistema de salud.

La psicología de la salud y los profesionistas en la misma, tienen la tarea no sólo de tomar medidas en el saneamiento ambiental, resaltando la necesidad de hacer cambios no sanos en la vida cotidiana tales como hábitos de limpieza, además de cambiar los comportamientos y contextos en los que tiene lugar un padecimiento crónico, trabajando también con aquellos pacientes con enfermedades causadas en gran medida por factores conductuales. Esto permite al profesional de ésta área enseñar al enfermo a resistir y adaptarse a su nueva situación y a llevar adecuadamente su tratamiento.

En este sentido, la aplicación de la psicología en el campo de la salud, seguirá desarrollándose multidisciplinariamente trabajando con ella médicos, enfermeros, sociólogos y trabajadores sociales entre otros (Beneit & Latorre, 1994).

Por su parte, Amigo et al. (1998) señalan que el psicólogo de la salud estudia básicamente la etiología y la correlación de la salud, y la enfermedad, es decir que estudia las causas desde sus factores ambientales psicológicos y sociales de la enfermedad crónica. Esto le permite hallar mejores formas de promoción de la salud tratando de prevenir desde los orígenes del padecimiento.

Por otro lado, cabe señalar que el cuidado de la salud ha traído muchos gastos que además no significa que los usuarios reciban una mejor atención. Esto ha tenido como consecuencia una gran preocupación para los encargados de las áreas de salud, obligándolos a planificar y replantear las políticas administrativas de salud. En este sentido, la psicología puede reducir en gran medida los gastos en la atención médica, ya que, si la conducta influye tanto en el mejoramiento o deficiencia de la salud, el cambiar los malos

hábitos de salud implicaría utilizar menos servicios médicos y mejoraría la calidad de vida (Amigo et al. , 1998; Beneit & Latorre, 1994).

La psicología de la salud tiene un campo de aplicación muy amplio, dentro de los cuales se aplica, como se mencionaba anteriormente, el mantenimiento y la promoción de la salud, mediante campañas promotoras de cambios de malos hábitos de salud, como reducción de niveles de estrés, o hábitos alimenticios balanceados, además de estudiar el funcionamiento y políticas del sistema de salud dentro de las instituciones sanitarias así como del trabajo de los profesionales dentro de las mismas en cuanto al cuidado y atención de los enfermos, de tal forma que puede realizar algunas recomendaciones para mejorar el sistema entre otros (Amigo, Fernández & Pérez, 1998; Ballester, 1997).

Las perspectivas de ésta disciplina a futuro, sobre todo por lo rápido que ha ido creciendo y la cada vez mayor influencia que tiene dentro de las ciencias de la salud son:

Dentro de los servicios preventivos de salud, aumentar la planificación familiar, informar sobre salud prenatal infantil, inmunización y enfermedades de transmisión sexual.

En lo que se refiere a protección de la salud, el controlar agentes tóxicos del medio ambiente, aumentar la seguridad y salud laboral, prevenir accidentes en el trabajo, evaluar y controlar las enfermedades infecciosas y aumentar los servicios de salud dental.

Finalmente en lo que se refiere a la promoción de la salud, la psicología de la salud pretende informar y controlar adicciones tales como el tabaquismo y el alcoholismo, promover la información nutricional y el ejercicio físico, así como controlar el estrés y las conductas violentas (Beneit & Latorre, 1994).

1.3.1 Enseñanza de la psicología de la salud

En 1911 la Asociación Americana de Psicología (APA), realizó un convenio sobre el papel de la psicología en la educación médica, lo cual significaba que los especialistas en medicina necesitaban un entrenamiento en psicología para atender a sus pacientes. Esta era una propuesta muy razonable, si se considera a la salud como una integración de diversos elementos. En 1950, finalmente las escuelas de medicina implantaron algunos cambios que incorporaban a sus programas algunos factores psicológicos relacionados con la enfermedad pero usualmente impartidos por fisiólogos que se limitaban únicamente a la especialidad de psiquiatría. Antes de los años 50s, muy pocos psicólogos impartían clases en las escuelas de medicina, y sólo podían hacerlo psicólogos clínicos que hubieran realizado servicio en psicoterapia con pacientes con problemas emocionales, pero los psicólogos prácticamente no intervenían. Posteriormente, los psicólogos colaboraron más con los profesionistas en medicina que los mismos psiquiatras en diversas áreas, tales como: medicina familiar, pediatría, medicina interna y medicina preventiva además de la investigación y colaboración clínica (Amigo et al. , 1998; Brannon & Feist, 1997).

El psicólogo se convirtió de esta forma en una pieza fundamental dentro de la enseñanza de la medicina. Las ciencias de la conducta se convirtieron en parte del curriculum en muchas de las escuelas de medicina en la década de los 60s, cuando dichas escuelas establecieron nuevos planes y programas de estudio. Alrededor de los 70s, sólo dos escuelas no contaban con psicólogos dentro de la enseñanza de la medicina. En la década de los 90s, los psicólogos de la salud no eran considerados por los fisiólogos sólo como ayudantes de los maestros de medicina, o como terapeutas con grandes limitaciones en el tratamiento de enfermedades psicosomáticas, sino también como profesionistas en neuropsicología y psicólogos en rehabilitación que fueron muy bien aceptados y de gran importancia dentro del personal de la mayoría de los hospitales (Amigo et al. , 1998; Brannon & Feist, 1997).

1.3.2. Formación de psicólogos de la salud en América latina

En América latina se empiezan a formar psicólogos de la salud a partir de la década de los 80s, en programas de posgrado. Los planes de estudio en esta área contienen formación en atención primaria a la salud, salud reproductiva, salud ocupacional, psicología comunitaria, adicciones y atención a pacientes crónicos. En todos estos planes se trata de que el profesionista tenga una educación integral e interdisciplinaria para que posteriormente el profesionista tenga la oportunidad y la habilidad de trabajar en equipo con profesionales en otras áreas (Lucio & Palacios, 1993; Rodríguez & Rojas, 1998).

En cuanto a la formación de profesionales en psicología de la salud, los mayores adelantos los tiene Cuba con posgrados del área en tres universidades y programas de especialización posgraduada.

En México se establece un programa de formación en psicología de la salud en 1986 mediante residencias médicas. Este se inicia en el nivel de maestría en la Facultad de psicología de la UNAM. También se da apoyo por parte del sector salud para desarrollar el programa. Esto les permite a los psicólogos en formación tener experiencia en los distintos contextos en donde se aplica la psicología de la salud en los tres niveles de atención.

En 1992 también el Instituto Nacional de salud Pública de la secretaria de salud realiza un programa de residencia en atención integral la salud para formar psicólogos de la salud. Gracias a éstos programas México tiene actualmente alrededor de 2,000 psicólogos prestando servicios de salud (Lucio & Palacios, 1993).

Por otra parte, la universidad de Colombia crea también un programa de especialidad en psicología de la salud. Dicho programa se basa en dos programas de trabajo que son: la salud materno infantil y salud ocupacional a nivel preventivo, de tratamiento y de rehabilitación. Actualmente hay alrededor de 120 psicólogos dedicados a éstas áreas en sus tres niveles (Rodríguez & Rojas, 1998).

Finalmente, Venezuela también cuenta desde 1987, con una residencia en psicología de la salud y desde 1993, como un área de maestría en psicología social con una especialidad en intervención psicosocial que se enfoca a la salud.

1.3.3. Líneas de investigación de la psicología de la salud

En América Latina se ha incrementado mucho la variedad de temas a investigar que son de interés para el profesionalista en psicología de la salud. Los primeros temas a tratar fueron referentes a salud mental, control psicológico de enfermedades crónico-degenerativas, tales como el dolor crónico, el cáncer y las adicciones. Actualmente en América Latina la investigación en psicología de la salud aborda todo el proceso de salud-enfermedad, empezando por la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la rehabilitación, además del apoyo a pacientes en etapas terminales (Rodríguez & Rojas, 1998).

Durante la década de los 80s, las principales líneas de investigación de América Latina, principalmente Brasil, Argentina, Cuba y México, se centraron en enfermedades crónico-degenerativas, manejo psicológico de las alteraciones psicofisiológicas, aspectos psicosociales de las adicciones y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Los modelos teóricos utilizados en éstas líneas de investigación eran principalmente el social, conductual, y ecléctico (Lucio & Palacios, 1993; Rodríguez & Rojas, 1998).

La psicología de la salud en Latinoamérica se centraba en la atención y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, las enfermedades cardiovasculares y salud ocupacional entre otros, aunque actualmente se le da prioridad al tratamiento y la rehabilitación más que a la prevención.

Los psicólogos de la salud en América Latina también se han dedicado a preparar, calificar e investigar la forma de trabajo de los servidores en el área de salud como son médicos y enfermeras entre otros así como a evaluar la calidad de los servicios mediante asesorías y consultas a los usuarios de dichos servicios, dan información y educación sobre

salud en las comunidades e incluso trabajan en el área industrial orientando sobre salud ocupacional (Rodríguez & Rojas, 1998).

En un futuro se espera que los psicólogos de la salud aumenten sus funciones en los sistemas de atención sobre todo en el primer nivel, orientándose a la prevención más que a la atención.

También se pretende que se realicen otros programas de entrenamiento y actualización para que los profesionistas en psicología de la salud se mantengan a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos de dicha especialidad, y que se aumente la investigación referente a la práctica de los profesionales para facilitar su labor dentro de las comunidades.

Esto parece difícil de alcanzar, sobre todo por la escasez de recursos económicos que se vive en América Latina actualmente, en donde las desigualdades en la población, no permiten tener por un acceso muy fácil a los avances y servicios que presta la práctica de la psicología de la salud, aunque en conjunto la región ha tenido grandes avances, con la finalidad de que se mejore la calidad de vida de la población sin importar su nivel socioeconómico.

La psicología de la salud, ha pasado por todo un proceso a través de la historia mediante el cual ha habido transformaciones de diversos conceptos como los de salud-enfermedad y cuerpo-mente. Dichos conceptos evolucionaron en conjunto con las diversas áreas y disciplinas que actualmente conforman a la psicología de la salud a través de diversas aportaciones, todo ello con la finalidad de brindar una atención a la salud de mayor calidad mediante la promoción de hábitos más sanos y de atención médica a nivel preventivo y no sólo cuando la enfermedad se ha presentado, además de mejorar la calidad de los actuales sistemas de salud.

Esto ha sido de vital importancia en la atención de enfermedades crónicas que requieren atención multidisciplinaria debido a su complejidad, y que en nuestros tiempos son tan comunes como dañinas, como es el caso de la obesidad, que actualmente es la causa de

muchas enfermedades mortales y que va en aumento cada día en muchos sectores sociales, como se verá en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2. OBESIDAD

2.1. DEFINICIÓN E IMPORTANCIA DE LA OBESIDAD

La obesidad se ha definido comúnmente sólo en términos fisiológicos como una alta proporción de tejido adiposo corporal. Dicha definición sin embargo es muy simple y deja fuera muchos factores que integran algo tan complejo como la obesidad, no explica sus determinantes psicológicos, su asociación con algunas alteraciones de tipo metabólico, así como su conexión con algunos otros padecimientos crónicos, tales como padecimientos cardiovasculares, diabetes, vesícula biliar, etcétera. Además es importante definirla en sus diferentes contextos, al hablar de obesidad se puede hacer en términos de salud, apariencia, tejido adiposo, tablas de peso ideal, etcétera.

No se puede hablar sólo del peso de un individuo en términos fisiológicos, sólo de tejido adiposo, también hay que considerar que el esqueleto de algunos individuos es más pesado que el de otros, además de que los músculos de cada individuo presentan características diferentes (Campollo, 1995; Brannon & Feist, 1997; Gorgan, 1999).

Desde el punto de vista clínico, la obesidad es considerada una enfermedad de alto riesgo, aunque todavía es poco comprendida ya intervienen en ella muchas y muy complejas variables. Su tratamiento debe ser considerado a largo plazo, en muchos casos de por vida. Además, no es un problema que afecte a un sector de la población, no se habla de que sólo personas adultas pueden padecerla, sino que se considera general ya que puede iniciar desde la infancia (Jordan & Storlie, 1984; Rossell & Saldaña, 1988).

La obesidad como tal no es causa de muerte, sin embargo si puede traer como consecuencia serios padecimientos crónico-degenerativos que sí son considerados como principales causales de mortalidad. A nivel mundial, la obesidad es un problema que se extiende y va creciendo cada vez más, en México por ejemplo, la relación de la obesidad con padecimientos tales como la diabetes, la hipertensión y algunos problemas de cáncer, son tan frecuentes que los servicios de salud no se dan abasto para atenderlos adecuada y

oportunamente, además de que muchas veces el costo de la intervención en estos padecimientos tampoco permite una atención de calidad, por lo cual es de vital importancia el prevenir e informar sobre la obesidad como enfermedad de alto riesgo (Campollo, 1995).

En términos culturales, en muchas sociedades la obesidad se ve como algo positivo, sin embargo en la actual cultura occidental, se le denomina como una enfermedad que trae consigo serios problemas tanto físicos como psicológicos e incluso sociales y culturales, ya que además de ser causa de muchas enfermedades es símbolo de fealdad y descuido personal. En otra época, la obesidad lejos de ser vista como una enfermedad con graves consecuencias, era señal de que una persona estaba sana, también indicaba que tenía una buena situación económica, además de que se consideraba que una mujer obesa era más bella. Al respecto, Roseell y Saldaña (1988) señalan que desde los tiempos de Hipócrates muchos médicos opinaban que las personas obesas estaban menos expuestas a padecer enfermedades de riesgo que las delgadas, y si las llegaban a presentar tenían más resistencia a la enfermedad. Es importante señalar que en ésta época las enfermedades mortales eran más de tipo infeccioso, por lo cual no se les encontraba mucha relación con la obesidad.

En los últimos tiempos se comenzó a entender la conexión existente entre la obesidad y el aumento en las tasas de mortalidad. Las primeras en notar esta conexión fueron algunas compañías de seguros de vida en los estados Unidos. Esto ha llevado a que la obesidad se convierta en el principal problema de nutrición y de salud pública, aunque no quiere decir que cualquier individuo obeso se encuentre en peligro de muerte, ni que todos los tipos de obesidad sean de alto riesgo.

De acuerdo a diversos estudios se considera de gravedad cuando la obesidad ha superado el 20% del peso ideal en las mujeres y el 30% en los hombres, éstos porcentajes se valoran midiendo de forma más o menos indirecta el tejido adiposo del cuerpo. Los individuos que sobrepasen dichos límites de masa adiposa están más expuestos a padecer enfermedades como hipertensión, diabetes y la gota, así como insuficiencias renal y cardiaca (Gorgan, 1999; Rossell & Saldaña, 1988; Radmacher & Sheridan, 1992; Sarafino, 1998).

Cabe señalar que los efectos de la obesidad no dependen sólo del aumento de masa adiposa o la ganancia de peso lineal. Es importante considerar también factores tales como la distribución corporal de grasa, la historia de cada individuo y si ha tenido cambios de peso en su trayectoria de vida entre otras. Actualmente se ha encontrado que un sobrepeso de entre un 15% y 20 % no se considera como factor de riesgo. Sin embargo, como se mencionaba anteriormente un sobrepeso mayor al 20% se ha relacionado mucho con causas de muerte tales como infarto de miocardio y trombosis.

Por otro lado, algunos de los padecimientos crónicos iniciados por un exceso de peso se relacionan con la distribución de la grasa corporal, por ejemplo se ha encontrado que la acumulación de grasa específicamente en el abdomen es de mayor gravedad que la grasa acumulada en la cadera, como era el caso de muchas mujeres que tenían medidas de cintura mucho mayores a las de las caderas, quienes tenían más probabilidad de padecer diabetes, hipertensión y problemas en la vesícula. Dicha probabilidad de riesgo no es igual en hombres y en mujeres, ya que los hombres son quienes acumulan mayor cantidad de grasa en el abdomen, mientras que la mayoría de las mujeres lo hace en las caderas (Amigo et al. , 1998; Radmacher & Sheridan, 1992).

Los efectos de la obesidad no sólo son graves a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico y emocional. Las consecuencias más comunes de tipo emocional se relacionan con problemas como una baja autoestima, aislamiento y sentimientos de rechazo entre otros. Por tal motivo, es indispensable atender dicho padecimiento porque el deterioro emocional puede contribuir en gran medida a que los padecimientos crónicos se incrementen, por lo cual se requiere atender a la persona integralmente y tomar el asunto con la seriedad de cualquier otro padecimiento, lejos de las burlas, críticas y reproches (Gorgan, 1999; Radmacher & Sheridan, 1992).

Por otro lado, es importante señalar que la obesidad va cada día en aumento en las sociedades industrializadas. Actualmente, la obesidad es un problema de salud pública debido a que la mayoría de la población presenta síntomas, dicho problema es en teoría

muy reciente, en las sociedades industrializadas fue creciendo a mediados del siglo XX. Los causantes más frecuentes del crecimiento de la obesidad han sido: por un lado, la fabricación industrial de alimentos que tienen muy alto contenido calórico, esto ha hecho que los alimentos en los países avanzados aumenten en la cantidad, lo cual trae como consecuencia que el individuo consuma cantidades muy superiores a las requeridas por el organismo. A su vez, estos alimentos que se distribuyen masivamente han disminuido considerablemente en calidad. Al respecto, Riding (1984/1986) menciona que en caso de México se inicia la penetración del comercio estadounidense en la década de los 50s en la industria de los alimentos procesados con marcas como Kellogg's, sopas Campbell y Coca-cola, que son altamente dañinos para la salud, con lo que se disminuyó notablemente la calidad de los alimentos en las principales ciudades del país.

En las actuales ciudades también influye mucho el hecho de que los avances tecnológicos hacen que el ser humano se mueva menos gastando menos calorías provocando mayores acumulaciones de grasa. Estos factores han contribuido en el desarrollo de un padecimiento a gran escala que no se había visto antes a lo largo de la historia (Amigo et al. , 1998; Rossell & Saldaña, 1988).

Es importante mencionar que el problema de la obesidad es difícil de tratar precisamente por su complejidad ya no todas las personas que padecen de obesidad tienen la misma distribución de grasa, y no se les puede dar el mismo tratamiento a todas, además de que no todos presentan los mismos padecimientos, ni todas las personas obesas lo son por las mismas causas.

2.1.1. Epidemiología de la obesidad

La obesidad es un problema que afecta a muchas poblaciones a diversas edades y en diferentes sectores socioeconómicos. Algunos estudios realizados en países anglosajones revelan que en la mayoría de la población se presentan problemas de obesidad severos. Por ejemplo, en los Estados Unidos del 30% al 50% de la población es obesa, en otros países aproximadamente una de cada tres personas es obesa. Estas cifras no sólo retratan la

condición de los adultos, sino también de los niños que en un futuro se convertirán en adultos obesos.

En otros estudios epidemiológicos realizados en los estados Unidos en los que se ha considerado el sobrepeso como medida, se ha encontrado que aproximadamente entre de un rango del 25% al 45% de los estadounidenses tienen un sobrepeso de al menos el 20%. Entre este rango se ha encontrado también que un alto nivel de esta población se encuentra en la edad media. Si se considera que en muchos países industrializados un alto sector de la población tiene del 20% al 30% de sobrepeso, entonces se está hablando de obesidad que además afecta a casi un 50% de la población al menos en los Estados Unidos de Norteamérica (Campollo, 1995).

Cabe señalar que la prevalencia de la obesidad no es igual en hombres y en mujeres, ya que también se ha revelado en estudios realizados por el Nacional Center for Health Statistics, que la prevalencia era del 27,8 % en mujeres y del 15% en los hombres. (Rossell & Saldaña, 1988).

La prevalencia de la obesidad ha aumentado considerablemente en los últimos 40 años, y se estima que si la situación no cambia en los próximos 40 años toda la población estadounidense será obesa ya que los malos hábitos alimenticios y el tipo de alimentación que se genera en dicho país se heredará generación tras generación.

Es importante por otro lado, mencionar que la obesidad tiene distintos grados que afectan de distintas formas. Al respecto, Campollo (1995) señala que la obesidad se ha clasificado en tres categorías: 1) la obesidad leve, que va desde el 20% al 30% de sobrepeso, 2) moderada que inicia del 40% al 100% del sobrepeso y 3) severa, cuando se excede el 100% del sobrepeso (véase tabla 1). En el caso de la población Estadounidense, se habla cada vez con mayor frecuencia de problemas de obesidad severa, lo cual difícilmente se llega a ver en otros países.

En nuestro país los estudios epidemiológicos sobre la obesidad son muy escasos debido a que existen varios obstáculos para realizarlos. Uno de ellos es que las bases para iniciar una investigación al respecto no están muy actualizadas y datan de un periodo de 1960 a 1990. Por otro lado, los datos obtenidos fueron resultado de investigaciones para observar el desarrollo de otras enfermedades tales como la diabetes Mellitus. Otro problema es que los datos obtenidos seguramente han cambiado mucho de la década de los 60s a la fecha, además de que se trata de estudios y encuestas regionales y no nacionales.

Tabla 1

Categorías de gravedad del sobrepeso

Rango 20 a 24.9	aceptable
Sobrepeso ligero	25 a 27.9 %
Sobrepeso moderado	28 a 31.9 %
Sobrepeso grave	32 a 41.9 %
Obesidad mórbida	Más de 42 %

Fuente: Campollo R. (1995). Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa.

En cada región se utilizaron métodos distintos con muestras distintas, lo que no podía arrojar datos uniformes utilizados para estadísticas nacionales, además de que los criterios utilizados para definir si se trataba de obesidad o sobrepeso también fueron diferentes.

Entre los datos obtenidos en las encuestas y estudios realizados en algunas regiones del país desde 1960 a 1992, en zonas urbanas en muestras de 15 a 80 años de edad aproximadamente, se encontró un porcentaje del 35% de personas obesas. Se encontró también que de este porcentaje el máximo nivel de obesidad se encontraba entre las personas de 45 a 54 años de edad del sexo femenino.

Actualmente en México la obesidad se encuentra en el cuarto lugar dentro de las primeras enfermedades no transmisibles. En un estudio realizado en 1993 por la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) que es llevada a cabo por la Dirección General de Epidemiología de la secretaria de Salud y el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”, se encontró que de una muestra de 14, 432 personas de distintas partes de la república, el 21.4 % tiene un sobrepeso mayor al 30%, el 54% presenta un sobrepeso mayor o igual al 25%. También se encontró que la prevalencia más elevada está en los estados del norte con el 24.7% y la más baja en el centro con el 19.6% y sur con el 21.7% (Campollo, 1995).

Por otro lado, los datos también arrojaron que existe una relación entre la prevalencia de la obesidad con enfermedades como la hipertensión arterial, infarto miocardio y diabetes Mellitus. Estos padecimientos son más frecuentes en el norte de la república que en el centro y sur, es decir que entre mayor prevalencia de sobrepeso, mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. Los datos encontrados en cierta medida, son muy parecidos a los encontrados en países desarrollados como los Estados Unidos de América.

No hay muchos datos arrojados respecto a la prevalencia de la obesidad por edades y sexo por parte de la ENEC, sin embargo, en algunas estadísticas como las realizadas por el Nacional Center for Health Statistics, se ha encontrado que las mujeres mexicanas aumentan de peso de acuerdo a la edad y que existe cierta correlación entre el aumento de peso y el nivel de estudios, encontrando que entre menores estudios tengan las mujeres y mayor número de hijos nacidos hay probabilidad de padecer obesidad. En éstos estudios nuevamente la prevalencia fue mayor en la zona norte del país (Campollo, 1995).

Actualmente la situación del problema de la obesidad en nuestro país parece ir en aumento. Dicho aumento puede explicarse en cierta medida por la migración de gente de las áreas rurales a las ciudades, la cual no está acostumbrada a consumir los alimentos que se consumen en las mismas, por cambios en el tipo de alimentación, la falta de actividad física y el ritmo y la calidad de vida entre otros. Estos cambios se han acelerado en los últimos 60 años aproximadamente.

Por todas las consecuencias negativas tanto fisiológicas como clínicas y psicológicas que trae consigo el problema de la obesidad es necesario que el país cuente con formas de prevenirla tales como programas de nutrición y enseñanza de prevención y tratamiento de la misma a los estudiantes de medicina, ya que actualmente muchos especialistas aún no reconocen la gravedad de dicho padecimiento. Por otro lado es importante tratar los hábitos alimenticios del paciente obeso, prescribirle ejercicios adecuados, porque la mayoría de las veces no se recomiendan los ejercicios a la medida de cada tipo de paciente, pero sobre todo es importante realizar campañas de tipo masivo, ya que la prevalencia de la obesidad en nuestro país es muy alta y la población debe estar bien enterada de las consecuencias que puede traer consigo y sobre todo aprender formas de prevención más que de tratamiento (Campollo, 1995; Rossell & Saldaña, 1988).

2.2. FACTORES FÍSICOS DETERMINANTES DE LA OBESIDAD

Todavía hace falta mucho por investigar sobre la obesidad, debido a que se trata de un padecimiento muy complejo y multicausal, sin embargo, hasta ahora se conocen varias causas y factores que influyen mucho dentro del desarrollo de la misma. Es precisamente la cantidad y el tipo de factores que influyen en el desarrollo de la obesidad lo que la hace tan compleja. Entre los factores más influyentes en el hecho de que una persona sea obesa o no se encuentran aquellos de tipo biológico y genético (Radmacher & Sheridan, 1992).

2.2.1. Factores biológicos y genéticos

Los organismos de todos los seres humanos son distintos, algunas personas delgadas pueden consumir muchas calorías, aún más que las personas obesas o con sobrepeso, sin embargo, mantienen su peso ideal. Biológicamente, el metabolismo de la persona delgada es mucho más activo que el de una persona obesa. Esto puede ser una causa de que muchos individuos que en algún momento se convierten en personas obesas a pesar de que su ingesta de alimentos ricos en calorías no sea extrema. De hecho, en algunos estudios se ha reportado que muchas de las personas con serios problemas de obesidad no se alimentan de forma muy diferente al resto de las personas con normopeso. Algunas personas creen que

los individuos se convierten en obesos por problemas glandulares. Es cierto que algunos problemas de tipo glandular pueden traer a consecuencia un exceso de peso muy alto, sin embargo el porcentaje de éstos casos es muy bajo (Blackburn & Kanders, 1994; Jordan & Storlie, 1984).

Existen otros procesos biológicos que intervienen en el desarrollo de la obesidad, uno de ellos es la herencia. Algunas investigaciones han identificado genes en los animales que irrumpen en el balance entre el metabolismo y la energía consumida. Al respecto, Sarafino (1998) señala que en estudios con gemelos humanos se ha demostrado que los gemelos idénticos son muy parecidos en sus problemas de sobrepeso a pesar de que algunos de ellos se hayan criado en lugares separados uno del otro. Esos resultados también se han encontrado en investigaciones realizadas con niños adoptados, se ha observado que los problemas de sobrepeso de algunos niños adoptados se relacionan directamente con el peso de los padres biológicos y no de los adoptivos.

Entre las familias con problemas de sobrepeso, en el 40% de los casos los niños también tienden a ser obesos. Esta similitud de los padres con los hijos no solamente puede ser resultado de factores genéticos, también influye el aprendizaje en los hábitos y preferencias alimenticias de los niños en los padres.

Parte de la explicación de la herencia de la obesidad, se encuentra en una teoría que propone que cada persona nace con una cierta cantidad de peso predeterminada como parte de un proceso fisiológico. A esta cantidad se le ha llamado “punto de vista metabólico”. Cuando una persona intenta hacer correcciones a su punto de vista metabólico, el metabolismo incrementa o disminuye su función para mantenerlo, como sucede en el caso de las dietas en el que la persona baja rápidamente varios kilos, pero el metabolismo hace que se recupere el mismo peso o incluso un poco más. Esto se ha encontrado en estudios con personas quienes han recuperado en muy poco tiempo su peso anterior a una dieta (Sarafino, 1998; Jordan & Storlie, 1984).

Este mecanismo regulador parece estar controlado por el hipotálamo. En algunos experimentos realizados con animales se ha encontrado que un daño a ciertas partes del

hipotálamo causa cambios en el peso que ha sido genéticamente establecido. Mucha gente se convierte en obesa por la gran cantidad de células de grasa que contiene su cuerpo, y es el hipotálamo el que se encarga de mantener éste número de células. El desarrollo e incremento de las células de grasa se inicia durante la infancia y adolescencia y se desarrollan en menor cantidad durante la edad adulta. El número de células de grasa puede incrementar pero no decrementar. Las personas que desarrollan demasiadas células de grasa podrían mantenerlas por el resto de sus vidas por lo que les sería muy difícil llegar a perder peso y mantenerse así.

Por tal motivo no es muy recomendable que los niños que inician con problemas de obesidad ingresen en el mundo de las dietas, porque de alguna forma llegarán a ser individuos obesos. En lugar de esto, se recomienda ayudar a prevenir la obesidad mediante hábitos de ejercicio, alimentación moderada y consumo de alimentos de mucha calidad nutritiva y menor número de calorías. Se dice que este fenómeno de las células de grasa predeterminadas puede cambiar mediante ejercicio y dietas, sin embargo existe muy poca investigación al respecto.

Por otro lado, Jordan y Storlie (1984), señalan que existen muchos factores biológicos que influyen no sólo en la predeterminación de la complexión de una persona, sino también en sus gustos por cierta comida. Los procesos biológicos que influyen en el control de la ingesta de alimentos son muy complejos. Dichos procesos, tienen primero que nada, bases genéticas que se establecen por muy largos periodos de tiempo.

Los factores biológicos son determinantes sobre el impacto de otros factores en la conducta de comer. Un ejemplo muy claro es cuando se tiene un grave déficit de energía, el cual tendrá una influencia muy directa sobre el tipo de comida elegida y la cantidad de la ingesta, más que factores tales como los costos de la comida y las circunstancias físicas bajo las cuales ocurre la ingesta. Algunos factores biológicos son considerados muy importantes en el papel de los gustos por determinados sabores, como factores gastrointestinales, hormonales y niveles de nutrientes en la sangre, así como la influencia del sistema nervioso central.

Cabe señalar que se ha considerado importante en el desarrollo de los hábitos alimenticios en general la evolución del hombre, su adaptabilidad a toda clase de alimentos dependiendo del medio ambiente en el que se encuentre. Al respecto, Jordan y Storlie (1984) mencionan que existen muchas dudas acerca de la antropología del hombre y si en sus inicios como especie fue herbívoro o carnívoro. Esta confusión tiene sus orígenes en el hecho de que los humanos tenemos un gran aparato gastrointestinal como los animales herbívoros, pero además poseemos dientes muy aptos para consumir carne. También se ha comprobado que poseemos ciertas preferencias por los sabores dulces, además de nuestra herencia herbívora, nos alimentamos también de pescados y mariscos, lo cual es muy común en la mayoría de las culturas.

Nuestros orígenes se remontan al homo erectus, el cual vivió por lo menos durante 500,000 años y existen algunas evidencias de que éste antepasado del ser humano subsistió gracias a la energía que le daba su capacidad de depositar excesos de tejido adiposo en el cuerpo. También pudo cambiar su dieta herbívora por carnívora cuando fue necesario. Logró adaptarse a severos cambios medioambientales y a condiciones climáticas extremas. Actualmente conservamos nuestra herencia omnívora y nuestra habilidad de adaptarnos a los cambios medioambientales. Esta adaptación biológica para consumir todo tipo de alimentos ha creado depósitos de células de grasa heredadas para soportar grandes épocas de hambruna, en consecuencia, muchas razas como la caucásica sigue conservando esos grandes depósitos de tejido adiposo que en la actualidad ya no son tan necesarios, como resultado se tienen millones de Estadounidenses con exceso de células de grasa.

Es necesario entender el funcionamiento de toda nuestra herencia genética, no sólo dentro de algunas familias, sino en general como especie para conocer un poco más sobre los orígenes del actual problema de la obesidad y así tener la esperanza de diagnosticar de mejor forma y de realizar mejores tratamientos para aquellos individuos en peligro de muerte por enfermedades relacionadas con la obesidad.

2.3. DETERMINANTES PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

Existen muchos mitos e ideas falsas alrededor de la obesidad y la mayoría no tienen bases empíricas y si las tienen son una buena disculpa para no buscar ayuda para resolver el problema. Es común encontrar ideas como: que los problemas de sobrepeso son heredados, que son problemas hormonales o de tiroides, que se aumenta de peso con la edad, o que la obesidad es síntoma de problemas como baja autoestima. También existen muchos métodos falsos sobre como atacar el padecimiento, y entre los más comunes se encuentran: que la persona adelgaza dejando de comer carbohidratos, que se reduce el peso con alimentos sólo naturistas, que es necesario recurrir a ciertas drogas como laxantes, diuréticos o anfetaminas para reducir el apetito, que el ejercicio no ayuda y sólo provoca más hambre y que la persona que es muy obesa es porque no tiene fuerza de voluntad o sólo se dedica a comer (Cordero, 1999; Rossell & Saldaña, 1988).

Todas éstas ideas que la mayoría de las veces son erróneas sólo logran que la persona obesa realmente tenga problemas emocionales por considerarse poco constante al iniciar un tratamiento, o que simplemente se resigne porque ya estaba “predestinada a ser así”, o en otros casos que intente combatir el problema con métodos muy dañinos que no le darán resultados y si lo hacen serán a corto plazo y el efecto no durará.

Al respecto, Rossell & Saldaña (1988) mencionan que la obesidad se produce básicamente por desequilibrio energético que se da por una excesiva ingesta o por no quemar las calorías que se consumen a diario. Desde una perspectiva psicológica se han planteado distintas teorías, cada una con aspectos a tratar distintos pero que se complementan entre sí para dar una explicación más integral del problema. Se ha planteado en algunos casos que las personas con problemas de obesidad pueden tener problemas de personalidad que muchas veces tratan de reducir con la satisfacción que les proporciona la comida. En otros casos la conducta de excesiva ingesta puede ser provocada por extrema ansiedad, esto es cuando el individuo sólo come cuando se encuentra en situaciones que le provoca demasiada tensión.

Cabe señalar que se han realizado muchos esfuerzos para investigar la posible relación entre la ingesta excesiva y algunos trastornos emocionales. En algunos casos se ha

propuesto que la conducta de comer en exceso es una forma de defensa que utilizaban algunas personas para reducir niveles de ansiedad. Al respecto Campollo (1995) señala que la mayoría de las investigaciones realizadas han sido con pacientes del sexo femenino debido a que se ha considerado que son las que más recurren a tratamientos sobre la obesidad.

Durante la década de los 50s, sobresalía una hipótesis psicoanalista que señalaba que la obesidad era producto de un problema de personalidad, que era la consecuencia de una fijación en la etapa oral y la gratificación a esa obsesión era la conducta de comer y la obesidad era una forma de defensa contra la sexualidad, sin embargo dicha hipótesis no fue muy significativa en el campo de la medicina debido a que no tenía fundamentos científicos.

Posteriormente a principios de la década de los 60s, se empieza a prestar mayor atención a la hipótesis planteada por la psicología conductual, la cual planteó que la obesidad era un trastorno aprendido. Siguiendo ésta hipótesis, la conducta de comer es aprendida de los padres y continuamente reforzada cuando el niño es pequeño. De acuerdo con el condicionamiento operante, al niño se le refuerza positivamente por la familia cercana cuando come “bien”, entonces se le considera un niño sano. Es muy común la idea de que un niño obeso es símbolo de ser un niño sano, de tal forma que se le recompensa con demostraciones afectivas y premios lo cual aumentará la probabilidad de que el niño continuamente repita la conducta que le fue reforzada, además de que la comida por si sola es relajante y satisfactoria para el niño.

En este sentido, el aprendizaje social también juega un papel muy importante, ya que el estilo de vida y de alimentación de la familia será el que utilice el niño desde que es muy pequeño, de ésta forma el niño repite las mismas conductas hasta formar un hábito que prevalecerá por mucho tiempo. Es muy difícil que si un mal hábito alimenticio fue aprendido y reforzado pueda cambiarse de forma sencilla.

Posteriormente, durante las décadas de los 80s y 90s, algunas investigaciones realizadas con animales evidenciaron que el peso de un individuo se produce por factores hormonales, neuronales y metabólicos en conjunto, lo que formó el llamado “punto de vista metabólico”, que mantiene el peso estable en un individuo y que no permite que éste reduzca drásticamente ni por mucho tiempo, lo cual ayudó a explicar porque muchos pacientes sometidos a diversos tratamientos no podían mantenerse en un nuevo peso por mucho tiempo y rápidamente recuperaban el peso pedido. Estudios posteriores realizados con humanos también mostraron que había una gran influencia genética en el peso establecido de una persona (Campollo, 1995).

Por otro lado, también se planteó que la conducta de la ingesta en los obesos está regulada más por los estímulos externos que internos, además de que las personas obesas tienen una carga genética que permite que la obesidad se desarrolle con más facilidad, por lo general también tienen hábitos alimenticios diferentes a los de las personas que no lo son. También es importante considerar que la falta de actividad física agrava el problema, aunque es muy difícil que una persona con problemas de peso pueda realizar cualquier tipo de ejercicio como podría hacerlo cualquier individuo.

Todas éstas teorías y posturas en su conjunto han permitido que los pacientes con problemas de obesidad y sobrepeso sean menos castigados socialmente y que se entienda que la obesidad es un problema multicausal que es determinada tanto por factores biológicos y genéticos, como ambientales, sociales, culturales y psicológicos y no por simple gusto de la persona. También han permitido entender porque no es sencillo lograr que una persona reduzca de peso con la facilidad que se esperaría y no precisamente por falta de voluntad del paciente, pereza o porque le gusta comer, en tal caso la persona obesa no debe ser tratada como culpable sino como una persona con un problema severo difícil de tratar (Campollo, 1995; Gorgan, 1999; Rossell & Saldaña, 1988).

2.3.1. Factores ambientales

Es importante considerar los factores medioambientales dentro del desarrollo de la obesidad. Dichos factores se refieren a aquellos estímulos que son externos al individuo, que constantemente están presentes en las percepciones y que varían de una persona a otra. Estos factores se presentan antes, durante y después de la ingesta de alimentos. Cada individuo tiene distintas experiencias con los factores ambientales que le rodean, y hace asociaciones entre el ambiente inmediato y su conducta de comer.

En algunos casos se ha sugerido que las personas que tienden a padecer problemas de obesidad son más sensibles a los estímulos externos o ambientales que aquellas que no lo son. Los obesos responden a esos estímulos externos tales como el olor, el sabor y la presentación física de los alimentos, más que a factores psicológicos o biológicos. Bajo esta hipótesis, se han realizado algunos tratamientos en modificación de conducta que ayudan a disminuir la cantidad de señales externas que podrían elicitar la conducta de comer en exceso. No todas las personas responden al mismo tipo de señales externas, se cree que los obesos responden a algunas muy específicas a las cuales una persona que no padece este problema no respondería, por ejemplo las personas con problemas de obesidad y sobrepeso comen más cuando algo les agrada mucho, pero también comen menos que las personas no obesas cuando el sabor de la comida no es de su agrado (Blackburn & Kanders, 1994; Jordan & Storlie, 1984).

Las personas obesas también son más sensitivas a las descripciones de la comida, y no solamente es para ellos un estímulo el tener la comida físicamente, sino el simple hecho escuchar hablar de ella les provoca reacciones muy fuertes, mayores que en otras personas con normopeso. Cabe señalar que no se han realizado suficientes investigaciones que aporten una evidencia de que los estímulos ambientales necesariamente sean una condición única de las personas obesas (Jordan & Storlie, 1984; Rossell & Saldaña; 1988; Sarafino, 1998).

Debido a esta posible susceptibilidad a los estímulos ambientales es muy difícil para el obeso controlar su forma de comer sobre todo dentro del hogar. Al respecto Sarafino (1998) menciona que la familia también puede regular los estímulos ambientales de un niño desde que es pequeño, un ejemplo muy claro se muestra cuando al niño que ya presenta

problemas de sobrepeso continuamente se le ofrece comida porque se considera que come más que cualquier otro niño aunque esto no siempre es cierto, y es notorio que a un niño delgado no se le ofrece tanta comida por tenerse la creencia de que come menos.

Por otro lado, existen algunas señales externas que se relacionan con la conducta de comer tales como: la hora del día, el lugar en el que se realiza la conducta, los anuncios de comida, las actividades que se asocian a la comida, la disponibilidad de ciertos alimentos y los aspectos sociales de la situación. Todos éstos aspectos tienen una fuerte influencia en la ingesta de alimentos y es vista de muchas formas.

Cabe señalar que la importancia de los factores ambientales tampoco es determinante en gran escala en el desarrollo del exceso de tejido adiposo en una persona, sin embargo si tienen una muy fuerte influencia.

Es muy común que la gente tenga poco tiempo disponible para ingerir sus alimentos, lo cual repercute en el hecho de que si una persona consume rápidamente una gran cantidad de alimentos se sentirá poco satisfecho, en su lugar, si lo hace en forma lenta, da oportunidad al cerebro a asimilar la información de que ha ingerido esa cantidad de alimento y que no debe consumir más. La ingesta de alimentos también se asocia comúnmente con las horas en las que se realiza e inconscientemente el organismo reacciona al reloj biológico que se ha creado la persona, sin embargo, al no existir horas determinadas en las que se realiza la ingesta de alimentos el organismo se descontrola y descompensa, lo cual provoca en la mayoría de los casos que el organismo constantemente sienta la necesidad de ingerir alimentos a cualquier hora del día. Esto a su vez trae como consecuencia que el individuo busque alimentos con la mayor disponibilidad posible y que pueda consumir con rapidez. La mayor disponibilidad de comida sobre todo en las grandes ciudades es la de la conocida comida rápida, que contiene muchas calorías y muy pocos nutrientes, esto va acompañado de todos los anuncios de televisión que muchas veces no advierten al público el daño que puede causar el consumir ese producto. Estos son factores importantes ya que por un lado, evitan que la persona realice actividades físicas y por otro, presentan continuamente estímulos como imágenes de comida muy apetitosa que por lo

regular es alta en calorías y muy baja en nutrientes y que sujeto incluye con mucha facilidad dentro de sus preferencias alimenticias (Bushman, 1998; Sarafino, 1998).

Todos los estímulos medioambientales parecen estar encadenados porque uno trae otro como consecuencia, aunque a pesar de la fuerte influencia de los anuncios de televisión y radio entre otros, no todas las personas llegan a sufrir de obesidad debido a que no todas tienen la misma sensibilidad a los estímulos externos aunque difícilmente se liberan de ser fuertes consumidores de esta clase de alimentos.

2.3.2. Factores sociales y culturales

Los factores sociales y culturales inician desde el nacimiento de una persona y son los que prácticamente determinan su estilo de vida futuro, por tanto, dichos factores se establecen por largos periodos de tiempo y son muy difíciles de modificar. A diferencia de los factores biológicos, los factores sociales y culturales son determinados por las experiencias del individuo con su medio social.

Al respecto, Jordan y Storlie (1984) mencionan que los hábitos alimenticios están fuertemente influenciados por factores de tipo cultural tales como las preferencias que se tengan en la sociedad en la que un individuo vive por cierta clase de alimentos. Por otro lado, el nivel social y económico de la familia es importante para el tipo y la cantidad de comida que se consume en el hogar.

En las familias se inician las experiencias de aprendizaje y los patrones conductuales que se establecen en la forma de vida de cada persona y estas reflejan la complejidad del individuo en la vida adulta. En muchos casos, estas experiencias son sanas y permiten al individuo mantenerse en una complejidad dentro de los parámetros de normalidad, sin embargo, en otros casos, muy comúnmente los niños desde muy pequeños aprenden hábitos alimenticios muy inapropiados que posteriormente les puede traer diversos desórdenes de salud, un ejemplo muy significativo es cuando al niño se le presenta un plato de comida excesivamente lleno junto con algunos gestos y palabras de aprobación de los padres, la señal que indica que el niño ha terminado y puede levantarse de la mesa es dejar el plato

limpio. Entonces el niño aprende a comer cierta cantidad aunque sobrepase la que él requiere para sentirse satisfecho (Jordan & Storlie, 1984; Simón, 1993).

Por otra parte, es importante señalar que la comida por sí misma es un fuerte reforzador que satisface no solamente las necesidades biológicas, sino también las psicológicas. Como ejemplo, cuando un niño pequeño termina satisfactoriamente la cantidad de alimento elegida por los padres recibirá atención y afecto. A través de éstas asociaciones la comida se convierte en una forma de relacionarse e integrarse a la familia y posteriormente a la sociedad en general. A su vez, la comida se comienza a utilizar como medio para reducir la ansiedad, aliviar el dolor, sobrellevar una depresión o celebrar un estado de mucha felicidad.

Para muchos sujetos obesos, el principal reforzador que los lleva a seguir con la conducta de comer excesivamente es su entorno familiar, por ejemplo, una relación marital insana o insatisfactoria puede manifestarse en el sobrepeso de alguno de los miembros de la pareja, porque puede buscar la satisfacción que no encuentra dentro de la pareja en la comida. En otros casos, los padres tienen una fuerte influencia en la conducta de sus hijos. Generalmente las madres aumentan mucho su peso durante el embarazo de sus hijos, ya que se considera a nivel social que esto es natural porque debe comer el doble para “alimentar a dos”, además de que se ve muy natural que la madre aumente de peso como parte de su nueva condición.

Por otro lado Radmacher y Sheridan (1992) mencionan que existe cierta correlación entre el estatus socioeconómico y la obesidad. Esto es, que se ha encontrado un mayor porcentaje de personas obesas entre las clases bajas, mientras que la obesidad decreciente si el nivel socioeconómico es más alto. Esta relación entre obesidad y nivel socioeconómico es muy compleja y también muy relativa, ya que también se considera que la gente con alto nivel económico tiene más recursos para conseguir todo tipo de comida. En este sentido es relevante la situación económica familiar, ya que en muchos casos se ha observado que el aumento de peso en algunas mujeres tiene relación directa con bajos niveles de escolaridad, mientras que en los hombres ocurre lo contrario, posiblemente porque culturalmente un

hombre de complexión robusta es símbolo de que tiene buen estatus social y más fuerza que otros. Cabe señalar que la incidencia de obesidad es mayor en las áreas urbanas que en las rurales (Jordan & Storlie, 1984).

Es importante mencionar que las creencias culturales también tienen mucha importancia dentro del desarrollo de la obesidad. Existen algunos grupos étnicos que asocian el ser robusto con la salud y la felicidad, mientras que la delgadez es asociada con la hambruna. Incluso en las sociedades modernas, a pesar de que en especial las mujeres delgadas son el prototipo de belleza, y comúnmente es muy deseada y reforzada, esta extrema delgadez puede ser asociada frecuentemente con drogadicción, anorexia e incluso SIDA.

Por otro lado, además de las bases biológicas la conducta de comer es una actividad social, en dónde se come, cuándo y la cantidad, también están reguladas por el medio social del individuo. Los efectos pueden ser tanto positivos como negativos, cuando el individuo obeso se encuentra en un ambiente social en el que el comer en exceso es altamente reforzante no habrá tratamientos que funcionen adecuadamente para reducir su problema (Gorgan, 1999; Radmacher & Sheridan, 1992).

Por otro lado, Jordan y Storlie (1984) señalan que se pueden identificar dos grupos de personas con problemas de sobrepeso, por un lado, se encuentran los comedores emocionales y por otro los comedores sociales. Cada grupo muestra distintos patrones pero ambos se refieren a déficits de habilidades sociales, que traen por consecuencia que se requieran diferentes tratamientos. Cuando la conducta de comer ocurre en la mayoría de los casos como dentro de contextos sociales se asocia con déficits de asertividad y habilidades sociales, mientras que cuando el individuo acostumbra comer en exceso a solas se relaciona con problemas de tipo emocional.

En algunos casos se ha relacionado un bajo nivel de asertividad con estímulos de control externos. En tales casos, si no se tiene suficientes habilidades de comunicación y el individuo se siente aislado o rechazado se pueden dar conductas de autodefensa entre las cuales se encuentra el comer en exceso. Si se presenta este tipo de problemática es

importante que el individuo se entrene en habilidades sociales al mismo tiempo que lleva un tratamiento de reducción de peso para romper con el círculo vicioso y atacar el problema desde su verdadero origen.

No sólo la familia se encarga de enseñar malos hábitos alimenticios, sino en general el medio social y cultural externo al hogar en el que se desarrolla el individuo. Por ejemplo, en los últimos sesenta años se ha desarrollado una fuerte expansión de una gran variedad de alimentos que antes no existían. Muchas de éstas nuevas alternativas se derivan de los rápidos avances tecnológicos que se han suscitado. Actualmente en todos los supermercados se encuentra una amplia variedad de alimentos enlatados, en conserva o de comida rápida. Por otra parte, la electricidad ha permitido que se pueda preparar este tipo de alimentos de una forma muy rápida y sencilla, además de que la iluminación de los hogares nos permite alimentarnos de noche, lo que nuestros antepasados difícilmente podían hacer por falta de luz.

En las actuales sociedades occidentales se ha pasado de ser una sociedad agraria a una industrial. Estos cambios han traído como consecuencia que se tengan mayores recursos económicos para la alimentación (lo cual no significa que dicha alimentación sea de calidad). El estilo de vida en dichas sociedades también es un factor determinante en el control peso, la frecuencia de las llamadas “botanas” ha aumentado por la falta de tiempo para preparar una comida casera sana y nutritiva, además de que las largas jornadas de trabajo impiden a muchas personas comer en sus casas (Jordan & Storlie, 1984; Sarafino, 1998).

En cuanto a los factores culturales cabe señalar que los anuncios de televisión, radio y revistas ya forman parte de nuestra vida cotidiana y en cierta parte también instruyen al individuo en sus hábitos alimenticios, por ejemplo, alrededor 22 horas a la semana en la programación de televisión son destinadas a anuncios de comida y juguetes para niños. Se puede decir que los medios masivos de comunicación actualmente juegan un papel muy importante en la educación y por lo tanto en la elección y formación de hábitos alimenticios (Bushman, 1998).

Los factores sociales y culturales podrían ser considerados como una de las más fuertes influencias en la prevalencia de la obesidad, por eso no es extraño que en las últimas décadas haya incrementado la prevalencia de la obesidad a la par de muchos de los cambios macrosociales.

La persona obesa prácticamente vive en un mundo que le refuerza de alguna forma la obesidad, un mundo que esta lleno de estímulos para que la persona continúe con su problema. Es necesario que aprenda un nuevo estilo de vida y nuevos hábitos alimenticios cuando empieza un tratamiento contra la obesidad, también es necesario monitorear los estímulos que rodean al paciente, dentro de los cuales ejercen mucha influencia aquellos de tipo social. La presión social sobre el obeso es un determinante muy importante sobre la conducta de comer, ya que la mayoría de los eventos sociales se celebran con la comida, es una forma de integrarse con las personas que nos rodean, esto tiene mucho que ver con la autoconciencia que se va formando un individuo con respecto a sus hábitos alimenticios. La comida además de ser una necesidad biológica se ha convertido en una necesidad social y dependerán mucho de la cultura en la que se rodea una persona las preferencias que desarrollará respecto a su forma de alimentarse (Blackburn & Kanders, 1994; Jordan & Storlie, 1984).

2.3.3. Personalidad y obesidad

Las variables en la personalidad son factores muy influyentes en el desarrollo de la obesidad, sin embargo no hay evidencias que indiquen que las personas obesas tengan problemas tales como depresión, ansiedad, neurosis o problemas de autoestima muy distintos a los que tendría una persona con un peso normal, aunque si se ha encontrado que una pérdida de peso excesiva puede traer consigo algunos cambios muy fuertes en el estado de ánimo de la persona, debido a las alteraciones físicas que trae el hacer una dieta o someterse a un estricto tratamiento.

Por su parte Rossell y Saldaña (1988) mencionan que entre los factores psicológicos que más afectan en la sobreingesta se encuentran: las tensiones emocionales, el buscar algo satisfactorio como compensación de placer en situaciones muy dolorosas o poco tolerables, el exceso de comida como síntoma de algún tipo de daño cerebral o simplemente por adicción a la comida.

Respecto a la personalidad exclusivamente de los individuos obesos, se ha determinado que sí tienen rasgos psicológicos característicos que pueden diferenciarlos del resto de las personas, por ejemplo, se tienen algunas ideas alrededor de la persona obesa, como que es más vergonzosa, tímida, pasiva o con una autoestima extremadamente baja, lo cual es causado en parte por el hecho de que la sociedad actualmente es muy dura con la persona obesa y tiende a estigmatizarle e incluso a discriminarle y hacerle sentir culpable, flojo y débil, provocando que en muchos casos la persona intente autodestruirse, de hecho la familia no le tiene mucho respeto al individuo obeso y trata de ayudarlo con lo que llama “regañitos estimulantes” que incluyen muchas veces palabras ofensivas. La autoimagen corporal esta regulada también por el medio social, la misma persona puede verse a sí misma con un cuerpo deforme de acuerdo al estándar que la sociedad llama como belleza, muchas de las personas con problemas de obesidad son muy sensibles a las percepciones externas sobre su cuerpo y por consiguiente son más dañadas. En la adolescencia es cuando más difícil se vuelve el proceso de la autoimagen corporal en el individuo, sobre todo en las mujeres que en la cultura occidental son valoradas por la belleza física, de hecho esta inconformidad con la auto imagen corporal muchas veces lleva al individuo a atacarse a sí mismo comiendo más (Gorgan, 1999; Raich, 2000).

Este desagrado por el cuerpo se ha encerrado en un término de “dismorfofobia”, que es un padecimiento en el cual el individuo se ve mucho peor de lo que en realidad es, se expresa mediante profunda vergüenza, inconformidad, miedo a ser visto como ridículo y miedo a las reacciones de los demás, en general es un término que se le ha dado al trastorno de la imagen corporal. El trastorno dismórfico es la causa de varios trastornos alimenticios incluso de la anorexia, en tales casos la persona con normopeso se ve a sí misma como obesa y hace lo posible por atacar el problema, aunque en el caso de la persona que

realmente es obesa, hace que vea su problema con más gravedad de lo que en realidad tiene consiguiendo que se sienta desamparada para poder atacarlo y con muy pocas esperanzas de poder resolverlo (Raich, 2000).

En otros casos, el individuo obeso no acepta su problema y no lo entiende, por lo cual no puede someterse a un tratamiento correcto, de tal forma que es muy importante la aceptación del problema.

Al respecto Cordero (1999) menciona que en general el individuo obeso puede desarrollar, acompañado de sentimientos de baja autoestima, mucha tristeza que se puede reflejar en la postura al caminar y en su actitud hacia los demás. En algunos casos los sentimientos de poca valía se pueden disfrazar de mucha alegría, de comicidad y burlarse de sí mismo aunque constantemente desconfían de los demás. No es extraño ver que algunas personas obesas continuamente se aparten y vivan en soledad, pocas veces asisten a fiestas y pueden manifestar su molestia hacia los demás y hacia sí mismo con agresividad.

Sin embargo, aún no existen evidencias de que la autoestima baja sea un rasgo de personalidad característico sólo de los obesos, debido a que en las ciudades industrializadas y sobrepobladas este problema lo presentan muchas personas sean obesas o no, por lo que la relación entre la obesidad y algunos problemas psicológicos no es muy clara, esto se debe en gran medida a que la mayoría de los estudios realizados al respecto se han hecho de forma inadecuada y con personas que buscan algún tipo de ayuda a su problema, por lo que no se pueden generalizar sus resultados al resto de la población con problemas de obesidad (Gorgan, 1999; Rossell & Saldaña, 1988).

Otro factor importante que influye en los resultados de estudios sobre la obesidad y el desarrollo de la personalidad es el marcado rechazo social hacia el obeso, que implica el hacerle sentir como flojo, sin carácter e incluso autodestructivo, lo que puede provocar una muy baja autoestima entre otros problemas psicológicos y no propiamente la obesidad, aunque muchos de los estudios realizados para investigar este aspecto de la obesidad han

sido muy confusos, debido a que se emplean en la mayoría de los casos pruebas psicométricas que no son las más adecuadas.

Por otra parte, es importante mencionar que durante un tratamiento para la obesidad, la pérdida de peso también puede traer como consecuencia serios problemas psicológicos, esto es muy característico de las personas obesas que están acostumbradas a consumir altos niveles de calorías y de pronto los disminuyen drásticamente, en algunos casos extremos, no sólo la falta de calorías produce los daños psicológicos, deben considerarse aspectos como: el hecho de si se acepta la nueva imagen corporal y si el paciente tiene disponibles reforzadores ambientales que lo estimulen a mantener un nuevo régimen alimenticio. Sin embargo, no se han estudiado éstos efectos en la psicología del paciente obeso a profundidad, en algunos casos se ha observado que se presentan menos reacciones psicológicas en pacientes que llevan una dieta moderada, que en aquellos a los que se les prescriben dietas más drásticas. De la misma forma, algunos pacientes pueden presentar trastornos como ansiedad y depresión cuando ha finalizado el tratamiento y llegaron a perder mucho peso (Brannon & Feist, 1997; Rossell & Saldaña, 1988).

Hasta el momento ha sido muy difícil determinar si la obesidad trae consigo problemas de personalidad, o por el contrario son los problemas de personalidad los que traen como consecuencia a la obesidad.

La obesidad actualmente es repudiada en las sociedades occidentales en donde se tiene como modelo a la figura esbelta, lo cual provoca que las personas obesas sean rechazadas y discriminadas. Entre los niños incluso es muy notoria esa discriminación, los niños obesos pocas veces son elegidos como compañeros de juego y sus compañeros los describen como feos, sucios y tontos. Incluso entre las personas adultas este problema es muy grave, ya que muchas veces en los mismos centros de salud el paciente obeso es considerado como un individuo sin fuerza de voluntad y lejos de tratársele con la seriedad que se debe es víctima de burlas y regaños por parte de los mismos médicos. En consecuencia, el individuo obeso fácilmente desarrolla sentimientos de autocompasión, baja autoestima y desagrado por su imagen corporal e incluso se llegan a sentir humillados dentro de sus propios hogares lo

que les provoca mucha inseguridad en cualquier otro medio en el que se desenvuelven, como el medio laboral dentro del cual también son muy discriminados (Campollo, 1995; Jordan & Storlie, 1984).

La persona con problemas de obesidad puede desarrollar con facilidad problemas de personalidad debido a que es constantemente atacada en muchos ámbitos. Por ejemplo, desde la perspectiva médica el paciente obeso es visto como enfermo ya sea física o emocionalmente. Desde el punto de vista cultural es antiestético, ya que la obesidad es vista como fealdad. Los diseñadores de moda no hacen ropa para gente obesa, no es algo estético. Por otro lado, también la perspectiva religiosa tiene influencia como factor cultural, ya que es vista como un crimen, como que le obeso rompió una ley y su castigo es el tener que hacer alguna dieta, vive en un pecado, incluso uno de los 10 mandamientos señala como pecado capital a la gula, lo cual provoca mucha ambivalencia entre los sentimientos de la persona, como ha pecado, se autocastiga, llega el arrepentimiento y promete no volver a hacerlo, sin embargo, la falta de hábitos alimenticios correctos la llevan a comer en exceso nuevamente y de esta forma se encuentra en un círculo vicioso en el que nuevamente inicia sintiéndose como pecadora (Jordan & Storlie, 1984).

Muchas de las personas obesas entienden la gravedad de su problema pero no desde un punto de vista de salud, sino sólo desde la perspectiva social lo que trae como consecuencia que no conozcan los efectos que este problema puede traer para su salud e incluso recurren a tratamientos drásticos y sin supervisión que agravan más las consecuencias.

Por otro lado, la persona obesa incluso puede llegar a una resignación provocada por muchos esfuerzos fallidos de resolver su problema. Al respecto Gorgan (1999) menciona que entre algunos pacientes con problemas de obesidad que acuden a pedir ayuda psicológica se presentan algunas cogniciones como la de creer que su destino era ser obesos, o que como ya se heredó de los padres, la persona no puede hacer nada por sí misma y eso impide que realmente se le pueda apoyar en el tratamiento, incluso se ha pensado que este tipo de ideas son muy comunes y en las personas con problemas de obesidad o sobrepeso y que forman parte de la personalidad de las mismas.

2.3.4. Factores comportamentales

Otro aspecto importante de la psicología de la obesidad es referente al comportamiento que tienen muchas de las personas con problemas de obesidad. Al respecto Rossell y Saldaña (1988) mencionan que en muchos casos el comportamiento de las personas obesas es en algunos aspectos diferente al de las personas que no los son, y éstas diferencias afectan al problema. Para entender mejor el padecimiento de la obesidad ha sido necesario delimitar estos comportamientos para que mediante su modificación se pueda reducir el trastorno.

Las personas con problemas de obesidad tienen hábitos muy diferentes que pueden clasificarse en: hábitos y estilos de alimentación, respuestas a los estímulos externos y el tipo de actividades físicas que el individuo realiza.

En lo que se refiere a los hábitos y estilo de alimentación, desde una perspectiva conductual Rossell y Saldaña (1988) señalan que los individuos con problemas de obesidad tienen hábitos alimenticios diferentes a los de aquellos que no lo son, esta diferencia puede ser muy notoria en el tiempo de la ingesta, esto es, que en algunos casos los obesos comen más rápido que las personas con normopeso, además de que lo hacen a intervalos de tiempo mayores, y que en cada bocado ingieren mayores cantidades que no son masticadas adecuadamente. Esta hipótesis fue sustentada mediante algunos tratamientos en los cuales el paciente perdía peso después de haber sido entrenado para cambiar éstos hábitos. Sin embargo, investigaciones realizadas con el fin de analizar el tamaño de los bocados, la masticación y la cantidad total de comida ingerida en una comida no han demostrado diferencias significativas entre una persona obesa y una con normopeso.

En otras investigaciones de campo hechas por Dool, Porkly y Stalling en la década de los 70s (como se cita en Rossell & Saldaña, 1988) realizadas en restaurantes si se encontraron diferencias entre el tiempo y la manera en la que comían las personas con problemas de obesidad o sobrepeso y las de peso normal, aunque esto se encontró sólo cuando ambos tipos de consumidores elegían la comida, sin embargo, cuando el tipo de

comida ingerida era elegida por los experimentadores las diferencias disminuyeron. Al respecto, Jordan y Storlie (1984) y Rossell y Saldaña (1988) mencionan que también se realizaron situaciones experimentales con bebés entre 20 y 94 horas de nacidos, en las cuales se encontró una correlación entre el ritmo de chupar del bebé y su peso, lo que puede dar a entender que el ritmo de la ingesta presente en las personas obesas puede estar determinado desde el nacimiento.

En cuanto a la elección de alimentos también es importante señalar que las investigaciones que se realicen al respecto deben ser preferentemente en contextos naturales, ya que en situaciones experimentales no resultan ser muy funcionales debido a que la gente por lo general no se alimenta de forma controlada como en un laboratorio. Al respecto, Rossell y Saldaña (1988) indican que en muchas de las investigaciones en contextos naturales como restaurantes, se observó que sin importar mucho la situación, es decir si el individuo estaba solo o acompañado y platicando, la persona obesa por lo regular elegía alimentos con altos niveles calóricos.

Por otro lado, es muy común la creencia de que los obesos consumen más cantidad de alimento que las personas de peso normal, sin embargo aún en la actualidad no hay alguna investigación o experimento que pueda probar que ésto es completamente cierto, puede ser ésta una causa de la obesidad pero no en todos los casos, de hecho existen personas obesas que consumen significativamente menores cantidades de comida que aquellos con normopeso. Es un hecho que los malos hábitos alimenticios son un determinante importante en el desarrollo de la obesidad, sobre todo en las sociedades primer mundistas en las que las personas deberían estar más informadas sobre los riesgos que tiene para la salud el no alimentarse adecuadamente (Campollo, 1995; Gorgan, 1999; Rossell & Saldaña, 1988).

Otro factor comportamental que influye mucho en el desarrollo de la obesidad se refiere a la actividad física. En muchos casos se ha observado que los individuos obesos lo son no porque necesariamente coman más, sino porque realizan menos ejercicio físico. Al respecto Blackburn y Kanders (1994) y Rossell y Saldaña (1988) mencionan que no solamente la

falta de ejercicio físico es causante de la obesidad, y que de hecho no se sabe con seguridad si la inactividad física es una causa de la obesidad o una consecuencia.

En los últimos años las sociedades industrializadas han reducido en gran medida el ejercicio físico haciendo que la obesidad se duplique, sobre todo en países como Estados Unidos de América. Una de las principales causas de éste hecho es que la vida se ha automatizado tanto en el trabajo como en el hogar y en los medios de transporte, lo que hace que las personas utilicen muchas menos calorías de las que consumen diariamente. En algunas personas esta disminución de las calorías gastadas en comparación con las calorías consumidas es mínima y le produce pocos efectos a corto plazo, sin embargo si puede llegar a tener fuertes repercusiones con el paso del tiempo. Esta disminución de calorías es muy notoria en pequeñas acciones, como el teléfono, el control remoto de televisión, los ascensores y escaleras eléctricas entre otros (Sarafino, 1998).

La disminución del gasto energético ha sido muy estudiada precisamente debido a la estrecha relación que se le ha encontrado con el desarrollo de la obesidad, sobre todo se ha intentado comparar la actividad física realizada por los obesos con la de las personas de normopeso, sin embargo éstas investigaciones han sido poco objetivas. Por otro lado, se han realizado investigaciones que utilizan instrumentos más objetivos como podómetros, e instrumentos que miden por ejemplo la tasa cardiaca de los individuo, aunque en éstas investigaciones no se han encontrado diferencias significativas entre la actividad física realizada por las personas obesas y las de normopeso. En el caso de los niños, se ha encontrado que muchas veces los obesos gastan más energía al realizar una actividad que otros niños precisamente por su volumen y peso, aunque en los adultos si se ha observado mucha mayor pasividad en actividades como subir o bajar escaleras o permanecer sentado o de pie en transportes colectivos. Es necesario señalar al respecto que el hecho de realizar pocas actividades físicas no siempre es igual a gastar poca energía ya que una sola actividad puede requerir mucho gasto de energía por parte del obeso (Sarafino, 1998; Rossell & Saldaña, 1988).

Cabe señalar que la actividad física está muy relacionada con la ingesta. Esto ha traído muchos mitos como el decir que no es recomendable realizar actividades físicas cuando se quiere atacar el problema de la obesidad porque aumentan el apetito y el gasto de energía que se gastó se recupera cuando la persona come más. Sin embargo, el ejercicio podría no afectar la ingesta, esto depende mucho de la edad de la persona, el sexo y la magnitud del ejercicio realizado. En algunos casos de pacientes con problemas de sobrepeso se ha observado que en ocasiones el ejercicio puede disminuir el apetito, sobre todo en niños de edad escolar si se consumen los alimentos antes de realizar los ejercicios. Se ha mencionado también que incluso el ejercicio disminuye la ingesta en personas que por lo regular son muy activas, aunque no se ha comprobado del todo esta afirmación.

Es un hecho que los obesos en la mayoría de los casos son más sedentarios que los de normopeso, por lo cual es necesario prescribir actividad física aunque sea moderada en los pacientes que llevan un tratamiento para la obesidad y no únicamente diseñarle un régimen alimenticio en aislado, en principio sí es posible que el ejercicio aumente la ingesta aunque posteriormente la cantidad de alimentos ingeridos se irá reduciendo gradualmente ayudando a la pérdida de peso (Rossell & Saldaña, 1988).

Si solamente se intenta reducir el peso disminuyendo la cantidad de calorías ingeridas la persona poco a poco perderá tejido muscular junto con la grasa, por esta razón las dietas se acompañan de un programa de ejercicios ligeros con la finalidad de que no se pierda masa muscular y por el contrario esta se aumente disminuyendo sólo los niveles de grasa.

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO

3.1. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD

3.1.1. Formas de diagnosticar y medir la obesidad

Antes de intentar iniciar cualquier tipo de tratamiento para la obesidad, ya sea una dieta, ejercicios o ambos es importante saber el grado de obesidad del paciente, ya sea mediante la observación clínica, el peso y la talla y el índice de masa corporal. Al respecto, Alvarez, Monereo y Moreno (1997) señalan que en el caso de los niños, son obesos cuando sobrepasan con el 20% el peso que corresponde a su talla y en los adultos cuando es mayor al 25%. Existen varios métodos para medir la composición del cuerpo. Algunos de ellos son métodos de laboratorio que incluyen radiografías, técnicas de ultrasonido, cálculo de densidad corporal mediante peso hidrostático, etcétera. Dichas técnicas pueden ser efectivas, sin embargo es difícil que sean utilizadas porque en la mayoría de los lugares en donde se aplican tratamientos para el control de peso, no se cuenta con el equipo suficiente para realizarlas. Algunas formas más comunes de medir la composición del cuerpo se basan en medidas antropométricas como la circunferencia o el diámetro del cuerpo se miden por lo general cintura y cadera, y la medida de los pliegues cutáneos. Dichas pruebas son más sencillas pero también tienen mayores márgenes de error (Fernández & Vera, 1989).

El método más común utilizado clínicamente para medir la composición corporal es tomar el peso corporal relativo. Con base a la estatura, la talla y el sexo. Este proceso se realiza dividiendo el peso en 3 componentes: los huesos, los músculos y la grasa. Se encuentra que una persona tiene sobrepeso si excede los valores standard dados para su sexo, su altura y su talla. Estos valores se han obtenido mediante tablas que han estandarizado el peso, la altura y la talla de grandes poblaciones. Sin embargo, dicho método tiene la deficiencia de no diferenciar entre el peso de los músculos y el peso de la grasa, ya que una persona delgada puede pesar más que una persona que aparentemente tiene mucho sobrepeso debido a que la masa muscular pesa más que la grasa. Por otro lado, el peso y la talla aunque son las más utilizadas tienen la limitante (al

menos en México) de que las básculas para medir el peso no pueden medir a pacientes con más de 150 Kg. (Campollo, 1995; Jordan & Storlie, 1984; Rossell & Saldaña, 1988).

Todavía no existen métodos capaces de medir con mucha exactitud la cantidad de tejido adiposo del cuerpo humano. Entre los más utilizados actualmente aunque no son muy exactos se encuentran:

- **Peso corporal.** Es la medida tanto de la masa adiposa como de la masa muscular, y el esqueleto. Se toman en cuenta variaciones como la edad, el sexo o la actividad física del paciente. Para saber si el paciente tiene sobre peso o problemas de obesidad se toman como medida las tablas de peso ideal que estandarizan el peso ideal de una población determinada. Una de dichas tablas fue diseñada por la Metropolitan Life Insurance Company, en la cual la obesidad puede ser considerada como sobrepeso o peso relativo. La primera de éstas tablas fue publicada en 1959 y fue revisada nuevamente en 1979. Se utiliza como base el peso actual del paciente y éste se divide entre el peso sugerido por la tabla y después se multiplica por 100. Por ejemplo, si alguien tuviera un 75% de sobrepeso, su peso relativo sería de 175%. Aunque éstas bases no pueden generalizarse a otras poblaciones.
- **Índice de peso relativo o peso corporal relativo.** Se establece una relación entre el peso ideal definido en las tablas de peso ideal de la Metropolitan Life Insurance. En dichas tablas se establece el peso de acuerdo a la edad y el sexo del paciente. Este es el más común de todos los métodos anteriores y quizá el más efectivo es medir el peso corporal además de que está al alcance de todos los pacientes por otro lado, (Campollo, 1995; Radmacher & Sheridan, 1992; Rossell & Saldaña, 1988).
- **Pliegue cutáneo.** Las medidas de los pliegues cutáneos ayudan a evaluar el grado de obesidad de una persona. En tales casos se mide el grosor de cada pliegue con un instrumento llamado caliper que se asemeja a una pinza que aprisiona cada pliegue y mide el grosor del mismo. Las partes del cuerpo que se miden comúnmente son: el área posterior al brazo, borde inferior de la escápula, la región del abdomen y la superficie media anterior de los muslos. Si el grosor de los pliegues supera 1,5 cm en el hombre y 2 cm en la mujer se considera que ya

existe un problema de obesidad. También se puede apoyar en tablas de porcentajes de los pliegues cutáneos. Sin embargo, este método tiene la limitante de que cuando la persona es muy obesa la pinza no alcanza a medir los pliegues (Blackburn & Kanders, 1994; Jordan & Storlie, 1984; Rossell & Saldaña, 1988).

- Cálculo de la densidad corporal mediante el peso hidrostático. Esta técnica consiste en pesar al paciente sumergido en una tina con agua y se mide el porcentaje de grasa con base a una ecuación.
- Los métodos de dilución. Se mide el porcentaje de grasa corporal a partir del agua total y la masa corporal libre de grasa (Blackburn & Kanders, 1994).

También se han utilizado métodos para clasificar la obesidad, para lo cual lo más útil es recurrir también a las tablas de peso sugerido o peso deseable.

3.1.1.1. Clasificación de la obesidad

Actualmente existen distintas formas de clasificar la obesidad. Algunas dan mayor relevancia a la cantidad y distribución de tejido adiposo, aunque por otro lado, también se puede considerar desde un punto de vista etiológico.

Cabe señalar que si la obesidad se inicia en la infancia esto no significa que el individuo la padecerá en la vida adulta. Al respecto, Alvarez et al. , (1997) y Campollo (1995) señalan que el 25% de las personas obesas comenzaron a serlo desde la infancia aunque el 75% aproximadamente comenzaron con el problema ya siendo adultos. Cuando la obesidad se inicia en la infancia y se tienen antecedentes familiares de obesidad es más grave y más difícil que un tratamiento tenga éxito. Si la obesidad ha comenzado en la vida adulta y no es mayor del 40% sobre el peso ideal existen mayores probabilidades de que el paciente llegue a su peso ideal.

3.1.2. Métodos de evaluación clínicos

Cuando ya se ha establecido que existe un problema de obesidad y se ha definido el grado de obesidad existente se procede a la evaluación clínica que es esencial para llevar un buen tratamiento. Se trata de conocer sobre los antecedentes del paciente dentro de los cuales se incluyen: los factores que intervienen en la génesis del padecimiento como comer en exceso y con muchas grasas hacer poco ejercicio y tal vez si existen factores metabólicos, la edad de comienzo del padecimiento, la historia familiar y los problemas psicológicos o sociales que acarrea su condición además de las causas que pudieron dar origen a la problemática entre otras. (Alvarez et al. , 1997; Rossell & Saldaña, 1988).

Si el paciente acude con un terapeuta se indaga sobre varios puntos debido a que la obesidad es un padecimiento multicausal. Al respecto Fernández y Vera (1989) mencionan que algunas áreas son más relevantes que otras aunque eso depende mucho de cada persona, en ocasiones incluso se debe evaluar a los familiares o personas que viven y tienen estrecha relación con el paciente. En general es importante evaluar los siguientes puntos mediante la entrevista conductual:

- Conocimiento de áreas vitales. Son aquellos aspectos generales de la vida del paciente como sus relaciones familiares, de pareja, actividades recreativas y hobbies. Estas áreas son importantes porque muestran el grado de adaptación del paciente a su medio, y también se pueden detectar mediante éstos algunos problemas que requieran atención especial.
- Antecedentes familiares. Se investiga si el paciente tiene familiares que padezcan el mismo problema, sobre todo sus padres, ya que puede ser signo de que el paciente tiene una herencia genética o que ha aprendido malos hábitos alimenticios del resto de su familia. Esto es muy común en aquellos pacientes con diabetes o hipertensión.
- Tiempo y forma en el que se inició la obesidad. Aquí se investiga si la obesidad comenzó su desarrollo en la infancia, y si es el caso, es más difícil de intervenir que en aquellos casos en los que la obesidad se inició en la edad adulta. También es importante saber si han existido

cambios hormonales o intervenciones quirúrgicas. Además si el problema de la obesidad le ha traído otros padecimientos de tipo físico y cuales han sido.

- Hábitos alimenticios y étlicos. Es necesario conocer los hábitos alimenticios del paciente para estructurar la dieta más adecuada, como el tipo de ingesta y estilo de vida, además de dejar claro al paciente que dependiendo de su situación se pueden tener determinadas expectativas las cuáles deben ser siempre reales. Por otro lado se debe investigar si tiene problemas de alcoholismo o tabaquismo, si tiende a padecer adicciones y que efectos puede traer esto a la hora de seguir con una dieta.
- Factores psicológicos influyentes en la obesidad. En la mayoría de pacientes obesos se presentan o en alguna ocasión se han presentado alteraciones comportamentales o factores psicológicos que pudieron haber contribuido en el desarrollo de la obesidad. También es importante considerar si el paciente ha padecido algunos traumas de tipo psicológico, si tiene un problema de atracones por depresión ya que en tales casos el tratamiento es más difícil y complejo. También se deben analizar las características de personalidad del paciente, su actitud frente a su situación, qué significa para él la comida y si tiene asociaciones entre el gusto por comer y premiarse o si utiliza la comida como forma de sobrellevar frustraciones.
- Actividad física. El conocer sobre la actividad física del paciente puede dar bases al especialista para conocer cuantas calorías gasta por día y si es muy diferente la cantidad de gasto calórico a la cantidad ingeridas.
- Situación socioeconómica. El factor socioeconómico es un indicador del porqué se da un problema de obesidad además proporciona información sobre las posibilidades que tendría el paciente de continuar un tratamiento por largo tiempo.
- Factores motivacionales y cognitivos. Se detectan las expectativas del paciente, sus valores personales, autoimagen, etcétera, de tal forma que se detectan sus formas de ver su situación y la relación de la obesidad con otros aspectos de su vida.

- Análisis de los potenciales mediadores. Este punto se refiere a los factores que hacen que aumente o disminuya la probabilidad de éxito del tratamiento, si existen variables positivas para lograr la meta, o si prevalecen las variables negativas. Una variable muy importante en la mayoría de los casos es la motivación que el paciente tenga para llevar el tratamiento.

El examen clínico debe contener en general varios aspectos como la evaluación del grado de la obesidad, la evaluación clínica y un examen físico que determine si existen problemas hormonales o metabólicos que impidan que una persona llegue a perder peso (Alvarez et al. , 1997; Rossell & Saldaña, 1988).

3.1.3. Métodos de evaluación conductual

La evaluación conductual se basa en la entrevista clínica, la historia del peso del sujeto, los antecedentes familiares y antecedentes físicos que se obtuvieron previamente en la evaluación clínica. Apoyándose en los resultados de la evaluación clínica se establecen algunas conductas problema, es decir que estén relacionadas con el problema de obesidad. Posteriormente se realiza un análisis funcional para saber de qué forma se va a iniciar una intervención

Capítulo Por su parte Fernández y Vera (1989) y Rossell y Saldaña (1988) señalan que los elementos a considerar dentro del análisis funcional son: los estímulos antecedentes, la conducta problema, variables organísmicas y las consecuencias.

a) Estímulos antecedentes.

Los estímulos antecedentes son aquellos que se presentan antes de que ocurra cierta respuesta y que se relacionan con ella. Algunas respuestas de tipo emocional pueden ser estímulos antecedentes para que se den episodios de excesiva ingesta. En algunos casos de personas con problemas de obesidad se ha encontrado que tienen mayor sensibilidad a estímulos externos, como olores, sabores o disponibilidad de los alimentos que también funcionan como estímulos antecedentes.

Los autorregistros ayudan a determinar los estímulos antecedentes de la sobreingesta o la inactividad en cada paciente, ya sean internos o externos.

b) Variables organísmicas.

Las variables organísmicas son evaluadas en función de los determinantes biológicos del sujeto, pasados y actuales, así como sus capacidades y hábitos alimenticios aprendidos que dificulten el tratamiento. Es importante considerar aspectos fisiológicos relacionados con la obesidad como pueden ser diabetes, hipertensión etcétera, si tiene capacidades para realizar ejercicio físico, así como factores metabólicos, neurológicos y bioquímicos.

c) Conducta problema.

En el caso de la obesidad la conducta problema se refiere a la conducta de la ingesta, qué hace o no hace el sujeto para que dicha conducta le afecte y se convierta en indeseada. La conducta de la ingesta se relaciona a su vez con la actividad física, la cantidad y el tipo de alimentos ingeridos, algunos hábitos como servirse más de una vez o ingerir algo entre las horas de comida, además de que se identifica lo que el sujeto piensa y siente durante la ingesta. Todos estos aspectos en conjunto permiten diseñar la intervención más adecuada para cada paciente.

d) Consecuencias de la conducta.

La consecuencia es aquello que aumenta o disminuye la probabilidad de que la conducta problema ocurra. En el caso de la obesidad una consecuencia negativa de la conducta problema de la ingesta excesiva es precisamente el aumento de peso, pero a pesar de ser una consecuencia negativa por tardarse en aparecer no actúa como tal y la persona no deja de comer excesivamente por ser obesa. Una buena forma de ayudar a que las personas obesas tengan éxito en el tratamiento es el autorreforzamiento.

e) Evaluación de conductas encubiertas.

Es la evaluación de los pensamientos o frases que el paciente se dice a sí mismo y que son las que muchas veces lo llevan a comer excesivamente. Al evaluarse esas frases negativas es posible que se logran modificar a lo largo del tratamiento (Fernández & Vera, 1989; Rossell & Saldaña, 1988).

Una vez definidos los aspectos que influyen en el problema mediante el análisis funcional el terapeuta puede ayudarse de algunos métodos para obtener mayor información sobre aspectos relevante del paciente que no obtiene mediante la entrevista, si considera necesario.

3.2. TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

El tratamiento para la obesidad tiene como meta no sólo conseguir que el paciente pierda peso, sino que además mantenga su nuevo peso por largos periodos de tiempo. Los programas de control de peso por lo general sólo tratan algunos aspectos como el régimen dietético, la actividad física, o el tratamiento farmacológico pero todos ellos por separado. Un tratamiento adecuado debe estar integrado por una serie de pasos que se basan primero en un diagnóstico. Posteriormente se elabora el plan de tratamiento basándose en las características individuales de cada paciente, ya que no todas las personas padecen el mismo grado de obesidad ni es provocado por las mismas causas.

Hasta hace muy poco tiempo, los especialistas en obesidad en las clínicas al menos, se limitaban a dar al paciente una hoja con la dieta que debía seguir y después sólo le daban la indicación de que debía seguirla en su casa

Es necesario que el tratamiento contenga varios aspectos tales como un tratamiento farmacológico, en ocasiones se requieren de intervenciones quirúrgicas, además de un régimen dietético adecuado, un programa de actividad física y algunos métodos de modificación de conducta (Alvarez et al. , 1997).

A continuación se describe cada uno de ellos:

3.2.1 Intervención médica en el tratamiento de la obesidad

Existen diversas formas de intervención en el tratamiento para la obesidad, aunque las que más se han utilizado son las de tipo médico. La medicina moderna ha ofrecido intervenciones de tipo biológico para muchos padecimientos y algunos de éstos avances también han sido utilizados en el problema de la obesidad como toda una serie de medicamentos, cirugías, dietas, etcétera.

3.2.1.1. Tratamiento farmacológico

En las últimas décadas se ha incrementado el uso de toda una serie de medicamentos creados con el fin de disminuir el apetito. El uso de dichos medicamentos se ha basado bajo el supuesto de que la sobreingesta se debe a un hambre que sobrepasa lo normal y que no puede ser controlada con facilidad. Estas medicinas son comunes y entre ellas se encuentran las anfetaminas y sus derivados.

El tratamiento farmacológico de la obesidad se inició en la década de los 50s y las primeras en aparecer en el mercado fueron las anfetaminas, estimulantes que provocan una acción anorexígena, su uso ayuda a la pérdida rápida de peso, sin embargo el mismo peso es recuperado en muy poco tiempo.

La obesidad es un padecimiento muy resistente a cualquier medicamento. Actualmente los medicamentos utilizados para el tratamiento de la obesidad son los inhibidores de depósitos de grasa que también disminuyen el apetito además de otros fármacos que inhiben la absorción de los alimentos o de las grasas de los alimentos. Un fármaco muy utilizado en la actualidad es la fenfluramina que puede provocar una reducción de peso de 14 Kg. en un periodo aproximado de ocho meses. Sin embargo dichos medicamentos tienen reacciones secundarias como pérdida de memoria, depresión, estreñimiento, pérdida del cabello cansancio e insomnio. También se ha introducido el uso de fármacos serotoninérgicos inhibidores parecidos a la serotonina así como la sibutramina que actúa a nivel intestinal (Alvarez et al. , 1997; Amigo et al. , 1998)

También se han utilizado mucho las preparaciones con fenilpropanolamina la cual se cree que es muy efectiva en el tratamiento para la obesidad, por lo que se ha introducido en la industria del control de peso. La fenilpropanolamina ha sido utilizada por muchos años y se han creado al menos 64 tipos de preparaciones que la contienen y que se utilizan para la supresión del apetito, aunque no se ha comprobado su efectividad. Se cree que dichas preparaciones se han utilizado más debido al efecto de placebo que es aprovechado por el mercado de las dietas y las medicinas, aunque aún no hay evidencias de que los efectos de tales sustancias (si es que de verdad los hay) sean duraderos.

Se ha cuestionado mucho la efectividad de la fenilpropanolamina. Se han encontrado algunos casos en los que observó que dicha sustancia puede resultar venenosa además de que se han llegado a reportar casos en los que la fenilpropanolamina puede crear reacciones secundarias tales como problemas renales o reacciones psicóticas.

Es importante considerar por otro lado, que muchas de las personas con problemas de obesidad ingieren las calorías en ausencia de hambre y lo hacen por gula o porque se sienten ansiosos o deprimidos, para lo cual es de muy poca utilidad la reducción del apetito.

Otro tipo de medicamentos utilizados para el control de peso ha sido las hormonas. Una de las más utilizadas ha sido las gonadotropina humana. Esta hormona es inyectada y se combina con una dieta muy estricta de 500 calorías, sin embargo en varios estudios se ha encontrado que éstas hormonas también producen efecto de placebo y realmente lo que hace que la persona baje de peso es la dieta tan estricta que no tiene efectos muy duraderos.

Existen otros medicamentos que interfieren con la absorción de nutrientes del cuerpo. Estos son administrados mediante tabletas que en el mercado común se venden por cientos, aunque sí tiene algunos efectos que no son de placebo.

En todos los tratamientos mediante medicamentos se han encontrado algunas fallas y los estudios de las pastillas mágicas aún continúan porque se duda mucho de su efectividad, aunque sí se han encontrado reacciones secundarias que lejos de ayudar al paciente le afectan más. Es

importante mencionar que muchos de éstos medicamentos no son recetados por los médicos y que son productos comerciales que pueden ser consumidos por cualquier persona sin que ésta se someta a una serie de exámenes antes de consumirlas para saber el tipo de reacciones y de daños que le pueden provocar, además de que su potencial en un futuro aún es desconocido. Es importante investigar sobre nuevos fármacos que no produzcan reacciones secundarias y que no tengan efecto de rebote cuando se dejan de consumir, aunque la solución a este problema sigue siendo mantener un régimen de alimentación adecuado y cambiar los malos hábitos alimenticios (Alvarez et al. , 1997; Brannon & Feist, 1997; Jordan & Storlie, 1984).

3.2.1.2. Tratamiento quirúrgico

Otro tipo de intervención para la obesidad es de tipo quirúrgico. El tratamiento quirúrgico sólo se recomienda en situaciones de obesidad mórbida y que difícilmente obtienen resultados con otros tratamientos, aunque esto no quiere decir que se puede solucionar el problema con la cirugía, debe estar complementada con el resto de los tratamientos.

Una de las más comunes es la cirugía gastrointestinal, en la que algunos segmentos del intestino son cortados para que el estómago se contraiga reduciendo su capacidad para recibir alimento, aunque dicha operación puede tener serias consecuencias como una mala absorción de nutrientes, además de que pueden producir malformaciones en la anatomía del estómago. Es cierto que este tipo de cirugías produce dramáticas pérdidas de peso en muchos pacientes, sin embargo, las tasas de error en dichas cirugías llega a ser hasta de un 50%. La poca capacidad del estómago para recibir alimento puede ser un problema para las personas obesas debido a que aunque su estómago no les permite consumir mucho, ellos sienten la necesidad de comer más, sin importar si su estómago es pequeño.

Este tipo de operaciones se han visto más como situaciones experimentales y se han practicado en clínicas que no tienen la seriedad y que ven la operación más como un negocio, dichas intervenciones deben ser realizadas en instituciones que tengan la suficiente experiencia en el trabajo de obesidad, o de otra forma el paciente corre muchos riesgos en cirugías hechas por personas que carecen del conocimiento necesario sobre las complicaciones que pueden

presentarse y que algunos casos pueden llegar a ser muy graves (Amigo et al. , 1998; Jordan & Storlie, 1984; Radmacher & Sheridan, 1992).

Después de que se ha realizado un tratamiento quirúrgico adecuado se observa una mejoría en el estado de ánimo del paciente ya que se siente más seguro de su imagen corporal, aunque un cambio muy radical también puede ocasionar problemas en las relaciones personales del paciente con su familia o personas cercanas a él, de tal forma que es necesario preparar para los cambios tanto al paciente como a su familia.

Existen otros procedimientos más sencillos que no llegan precisamente a ser cirugías como tales. Uno de ellos es el llamado “mandíbula alambrada”, mediante el cual los dientes son alambrados juntos impidiendo que el paciente pueda comer de forma cómoda y sobre todo evita que se ingieran grandes cantidades de comida en cada bocado. Este método puede producir grandes pérdidas de peso pero el paciente lo recupera en cuanto el alambrado entre los dientes es removido.

Por otro lado se han hecho uso comúnmente de los llamados purgantes, que no sólo son utilizados en personas con problemas de obesidad, sino que están al alcance de cualquiera incluso de aquellas personas que no llegan a tener sobrepeso pero que se sienten gordas, este tipo de purgantes incluso llega a provocar anorexia o bulimia, ya que pueden producir vomito o pueden servir como laxantes, evitando que el alimento llegue siquiera a la cavidad gastrointestinal. Muchas de las personas que recurren a éstos métodos logran mantenerse en su peso, pero pronto llegaran a un peso más bajo de lo normal que puede provocar daños en ocasiones irreversibles, es un tratamiento altamente peligroso. En el caso concreto de las personas con problemas de obesidad no lograrán que pierda grandes cantidades de peso pero sí que sufra de serias descompensaciones e incluso de anemias (Alvarez et al. , 1997; Jordan & Storlie, 1984).

Cabe señalar que probablemente la intervención más utilizada para el control del peso sean las dietas. Las personas constantemente están en la búsqueda de dietas mágicas que les hagan perder peso de forma rápida y si mucho sacrificio, por lo que los productos dietéticos y los tratamientos para la obesidad son una industria que cada vez crece más.

3.2.1.3. Relación médico-paciente

Hasta hace muy poco tiempo los especialistas en el problema de la obesidad, que eran generalmente médicos daban a sus pacientes una hoja con el régimen alimenticio que debía seguir y le indicaban que se fueran a su casa y tratara de cumplirlo al pie de la letra. Estas dietas por lo regular no se adaptaban a las necesidades del paciente. Se encontraba que los pacientes no tenían adherencia a este tipo de dietas porque además no encontraban el estímulo suficiente para lograrlo, el paciente muchas veces no seguía correctamente las instrucciones porque no le eran explicadas de forma correcta, además de que no podía notar si había cambios porque no se pesaba constantemente para comprobarlo, la escasa relación del médico con el paciente era la causa principal de la falla de las dietas recetadas.

Es muy importante la relación que se pueda establecer entre el médico y el paciente en los resultados de la intervención médica para la obesidad. El problema de la obesidad es crónico y en él puede haber mejorías o recaídas dentro de los cuales se crean en el paciente sentimientos de frustración y resentimiento muchas veces hacia sí mismo dentro de la cual la tolerancia y confianza que el médico inspire en el paciente puede ser fundamental para la recuperación. Si el médico apoya y refuerza la nueva imagen del paciente, y no debe considerarse como la mayoría de los casos crónicos en el que el paciente no mejora porque no quiere, porque este enfoque puede producir aún más culpas en el paciente (Alvarez et al. , 1997; Radmacher & Sheridan, 1992).

3.2.2. Tratamiento dietético de la obesidad

La obesidad no es sólo cuestión de estética o de vanidad, debe tratársele como lo que es, una enfermedad y muy grave en muchos casos, como puede serlo la diabetes. La obesidad es un padecimiento que por su complejidad no se cura, solamente se controla y por lo general dicho control debe mantenerse de por vida.

Algunos de los tratamientos más comunes para el control no sólo de la obesidad sino en general del sobrepeso son las dietas. Al respecto, Campollo (1995) y Jordan y Storlie (1984)

mencionan que después de muchos años de investigación se ha encontrado que la mayoría de las dietas son poco eficaces ya que aunque sí logran que la persona pierda peso, con mucha rapidez lo vuelve a ganar, esto se debe principalmente a que el nuevo régimen de la dieta no se sigue por mucho tiempo, de hecho aunque la persona sea demasiado gorda puede perder peso si deja de comer lo que acostumbra, pero si sus malos hábitos alimenticios no son modificados de manera permanente recuperará su peso anterior o hasta un poco más, es por ello la importancia de desarrollar programas integrales de control de peso que sean duraderos y no sólo mientras la persona logra reducir su peso, esto implica que deben realizarse modificaciones tanto en el tipo de comida ingerida, como en la actividad física y muchas veces en la rutina del individuo.

La mayoría de las dietas prometen al paciente que será una persona “completamente nueva”. Los dietistas hacen creer a la gente que el perder peso es cosa sencilla y que no implica ninguna clase de sacrificios e incluso llegan a presentar testimonios de personas que lo logran pero nunca bajo bases científicas.

La gente busca tratamientos en los que se pueda bajar de peso rápidamente, al respecto Radmacher y Sheridan (1992) indican que muchas dietas que son promovidas por anuncios de televisión causan expectativas poco realistas en la gente, sobre todo cuando ya tiene severos problemas de obesidad, mediante programas no dolorosos, sin esfuerzos y sin tener que realizar ejercicio, lo cual propicia peores daños a la salud o que la gente simplemente no pierda peso. Los programas con soluciones rápidas son muy poco funcionales y provocan muchas veces que la gente obtenga un sentimiento de derrota que le impedirá llevar un plan alimenticio adecuado.

Incluso a cierta comida o ciertos grupos de comida se les han llegado a dar propiedades casi mágicas en el sentido de que pueden acelerar el metabolismo e incluso el comer esos alimentos prometen ser una forma rápida de perder peso sin mayor esfuerzo. La ciencia todavía no tiene bases para soportar esa clase de acontecimientos, muchos testimonios provienen de personas que parecen haber tenido mucho éxito con sus tratamientos, sin tomar en consideración que para lograr esos avances es necesario hacer muchos cambios iniciando con el estilo de vida y la actividad física. Existen evidencias de las altas tasas de fallos en las dietas comunes que son vendidas de forma masiva, prometiendo que la pérdida de peso será rápida, sencilla y continua,

sin embargo, no existe nada más alejado de la realidad que dichas promesas (Jordan & Storlie, 1984).

Es importante que se lleve una alimentación balanceada, restringida en calorías para que realmente se observen resultados en cualquier tratamiento dietético, aunque la probabilidad de éxito de una dieta por sí sola es muy baja. Debe trabajar junto con la dieta un programa de actividad física y algunos en modificación de conducta para cambiar los malos hábitos alimenticios

El primer paso es que la persona acepte que tiene un problema grave para que pueda pedir ayuda a un profesional en el área de salud y que basándose en esto se realice un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente, además de estructurar otro programa para el mantenimiento de los resultados obtenidos. También es necesario que un terapeuta pueda indagar sobre algunos otros problemas que resolver y que interfieran con el tratamiento dietético, como la edad, la talla, los antecedentes familiares. Al respecto, Alvarez et al. (1997) mencionan que los pacientes jóvenes y altos pueden perder peso con mayor rapidez que los de más edad y de estatura baja, lo cual es un buen motivador para la gente joven debido a que en la juventud se pueden obtener más logros.

Es necesario también que el paciente tenga una relación constante tanto con el nutriólogo como con el terapeuta para que puedan perdurar los cambios logrados tal vez durante años después del tratamiento inicial (Campollo, 1995).

Si lo que se busca es que la persona pueda reducir su peso en un plazo de tiempo muy corto lo único que se conseguirá es que el tratamiento fallé y que el paciente se sienta frustrado porque no tiene la preparación suficiente para seguir por sí solo los cambios necesarios en su vida para mantener su peso. Si no hay un constante apoyo y se deja solo al paciente con seguridad no encontrara motivación y podría desarrollar sentimientos de fracaso que probablemente le afecten más de lo que podría haber estado antes de iniciar el tratamiento. Es muy recomendable que el paciente y los profesionales tengan citas de por lo menos una vez a la semana cuando se inicia el tratamiento, posteriormente las sesiones pueden ser más espaciadas. El poder controlar el peso

puede ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas en muchos aspectos no solamente el físico, en muchos casos da nuevas motivaciones al paciente para realizar cosas que antes no se hubiera atrevido a hacer.

Antes de comenzar cualquier régimen dietético es importante también que las metas que se proponga el paciente sean realistas y alcanzables de hecho puede ayudar mucho integrarlo a un grupo de autoayuda. Posteriormente cuando se han alcanzado algunas de las metas y se quieren mantener a largo plazo, es muy recomendable además de la vigilancia continua, el reforzar continuamente al paciente no sólo por parte de los profesionales sino también de la familia y amigos cercanos. Se le enseña al paciente a desarrollar ciertas habilidades para enfrentar los problemas que pudieran presentarse en un futuro que lo hicieran regresar a su anterior estilo de vida. También es muy enriquecedor el proponerle programas de actividad física al paciente, ya que además de que le ayudará a gastar más energía le proporciona un mayor bienestar psicológico y lo liberará de muchas tensiones (Alvarez et al. , 1997; Campollo, 1995).

Muchas personas creen que cuando se pierde peso su vida cambiará por completo e incluso que mejorarán notablemente sus relaciones interpersonales, sus expectativas son más que de adelgazar de relacionarse socialmente, o en otros casos se identifica la delgadez con la felicidad. Sin embargo, el tratamiento dietético va más encaminado a cuestiones de salud lo cual ayuda a tener un estado de bienestar y satisfacción personal que puede darle mayor seguridad al paciente, aunque esto es muy diferente de la idea de muchas personas de que al ser delgadas la vida les será del todo diferente.

3.2.2.1. Tipos de dietas utilizadas en diferentes etapas de la vida

El control de la obesidad no sigue el mismo procedimiento en todas las etapas de la vida, se tienen que tomar medidas de acuerdo a la edad del paciente, por ejemplo, se han llegado a realizar programas alimenticios incluso en lactantes. En el caso de éstos, se deben cubrir sus necesidades de calorías pero sin excederse tratando de no alimentarlos con comida alta en calorías y grasa, aunque esto no se aplica en la leche ya que el lactante sí debe tomar leche entera.

En el caso de los niños ya en edad preescolar si un niño es obeso es debido a que consume muchas más calorías de las que gasta, de tal forma que para reducir el problema se recomienda el menor consumo posible de grasa y el aumentar de forma considerable la actividad física (Campollo, 1995).

Cuando se habla de obesidad en las etapas escolar y de la adolescencia, ésta puede provocar daños más severos en lo referente al estado emocional del niño, ya que en estas etapas ya interfiere con su autoimagen y sus relaciones interpersonales. En estas etapas se sugiere que el tratamiento sea cubriendo los requerimientos en calorías para que tampoco se interfiera en el crecimiento con una dieta muy estricta, pero sobre todo que el paciente incremente en gran medida su actividad física.

Es importante mencionar la etapa del embarazo en la que muchas mujeres aumentan excesivamente su peso y desean bajarlo con mucha rapidez. Al respecto Campollo (1995) señala que esta etapa no es la más adecuada para someterse a un tratamiento dietético, ya que muchas sustancias dañinas son exterminadas o disminuidas con las calorías ingeridas y si se dejan de consumir tanto la madre como el feto están más expuestos. Es mejor que si la madre sufre de obesidad espere al término de la lactancia para que pueda someterse a cualquier clase de tratamiento (Brannon & Feist, 1997).

3.2.2.2. Tipos de dietas usadas para tratar la obesidad

Al hablar de dietas es muy común que la gente se imagine de inmediato una especie de castigo o que padecerá de hambre por mucho tiempo, por lo cual en ocasiones es mejor darle otro significado como régimen alimenticio o plan de alimentación, que no solamente debe ser utilizado por las personas con problemas de obesidad, sino por cualquier persona que quiera tener una vida más sana.

Existen muchas dietas debido a la gran preocupación que se ha dado en la gente por lucir como los estándares de belleza impuestos por las modas que son de extrema delgadez, de ahí que el negocio de la reducción de peso haya ido en aumento cada día. Algunas de las más comunes

por ejemplo, son aquellas muy bajas en calorías, que básicamente tratan de que la persona consuma menos de 800 Kcal. al día. Mucha gente trata de llevar dietas que consideran milagrosas por la forma en la que son promovidas en los distintos medios de comunicación en las que no se requiere ningún esfuerzo y además se reducen grandes tallas en muy poco tiempo, además de ser ineficientes producen efectos dañinos secundarios. Muchas de éstas dietas recomiendan comer sólo un tipo de comida por varios días, por ejemplo fruta, como la llamada dieta “Beverly Hills” Estas dietas no son muy recomendables ya que la gente necesita consumir las calorías y no puede dejar de hacerlo por mucho tiempo, porque esto podría traerle efectos secundarios como mareos arritmia e incluso llegar hasta la muerte (Campollo, 1995; Brannon & Feist, 1997; Radmacher & Sheridan, 1992; Sarafino, 1998).

Otras dietas sugieren la eliminación de alimentos altamente energéticos, lo cual también es muy dañino, ya que el no comer alimentos con proteína durante largos periodos puede traer consigo graves consecuencias. Otras dietas bajas en carbohidratos pueden reducir gravemente los niveles de insulina y glucosa en la sangre. Dichas dietas provocan una reducción de peso muy rápida por la pérdida de agua y de sodio, pero que no puede mantenerse por mucho tiempo. Las más recomendables para seguir a largo plazo son aquellas que recomiendan la reducción de la grasa que se ingiere. Una dieta adecuada debe contener poca azúcar y alcohol (Brannon & Feist, 1997; Campollo, 1995).

Por su parte Alvarez et al. (1997) mencionan que las dietas en general deben constar de tres aspectos: primero el disminuir las calorías, ser equilibrada desde un aspecto nutritivo y en tercer lugar y quizás el más importante, no debe prometer una rápida pérdida de peso, ni ser tan estricta de tal forma que el paciente pueda llevarla con facilidad y sin sacrificios.

Por otro lado, es muy común ayudarse de suplementos alimenticios como fibras, líquidos bajos en calorías o que no contienen calorías. Algunas de éstas dietas son llamadas de “fórmula líquida” son extremadamente bajas en calorías como aquellas en las que se consumen sólo líquidos y que son de 420 calorías diarias aproximadamente no son muy eficaces ya que el paciente no puede alimentarse de líquidos o fórmulas de suplemento por mucho tiempo.

Cabe señalar que existe otro tipo de dietas que carecen de todo tipo de bases científicas como las llamadas dieta de la luna, de los 13 días entre otras. Es mejor y más efectivo diseñar un buen plan de alimentación que incluya todo tipo de alimentos y nutrimento tales como, carbohidratos (frutas verduras cereales y leguminosas), fibra, ácidos grasos no saturados (aceites vegetales, cacahuetes, almendras, nueces y aceites vegetales), aminoácidos (proteínas de origen animal), y vitaminas. Aunque es recomendable consumir alimentos con menor cantidad de grasas y de calorías.

El aspecto más importante para que una dieta tenga éxito o fracase es la motivación del paciente para mantener el régimen. Es importante señalar que muchas personas obesas cuando inician un régimen sienten que han comido menos de lo que en realidad comieron, por lo que las dietas de 1200 calorías pueden llegar a convertirse en dietas de 1700 calorías, porque el paciente come un poquito más sin pensar que ello pueda afectarle (Alvarez et al. , 1997; Campollo, 1995; Brannon & Feist, 1997).

3.2.2.3. Características de un plan de alimentación adecuado

Un buen plan de alimentación debe de contener todo tipo de alimentos, por ejemplo: no se puede prescindir de las calorías aunque sólo deben consumirse las necesarias para mantener el peso ideal o al menos llegar a un sobrepeso moderado. Las calorías deben ser distribuidas a su vez en diferentes grupos de alimentos. Los carbohidratos constituyen por lo general de un 50% a un 60% de las calorías consumidas a lo largo de un día, aunque este porcentaje debe ser indicado de acuerdo a la situación de cada persona.

También es importante el consumo adecuado de proteínas, la cantidad que más se recomienda es de 12 a 20% del total de calorías, aunque también depende mucho de si la persona que las consume es un niño, una mujer embarazada o en lactancia o personas de edad avanzadas. Dentro de un plan de alimentación se deben recomendar cuidadosamente las grasas, aunque se consumen en menor cantidad no deben dejar de ser consumidas, deben representar menos del 30% de las calorías totales y a su vez dicho porcentaje debe dividirse en grasas polinsaturadas, saturadas

(que son las que más se consumen) y las monosaturadas. Es importante que dentro de las grasas se reduzca el consumo de colesterol que debe ser menor de 300 mg/ día.

En muchos de los planes alimenticios también se recomienda utilizar sustitutos de grasa para facilitar el tratamiento a la persona que esta acostumbrada a consumir mucha grasa. Los sustitutos de grasa son sustancias muy parecidas a la misma en cuanto al sabor, textura y cremosidad, y con ellos se pueden hacer postres como helados, galletas y quesos (Campollo, 1995).

Es importante que el paciente se ayude de otros alimentos como las fibras y algunos alimentos bajos en calorías son aceptables.

3.2.2.4. Elaboración del plan de alimentación

Un plan de alimentación debe estar diseñado con base a las características del paciente, su estilo de vida su condición física, costumbres etc. Es por ello que las dietas que se recomiendan comúnmente no son muy funcionales para toda la gente, el tratamiento debe ser individualizado.

Al respecto Campollo (1995) y Rossell y Saldaña (1988) mencionan que cuando una persona inicia un tratamiento para la obesidad, el especialista debe iniciar conociendo las características más trascendentes del paciente, que incluya los siguientes aspectos:

Evaluación médico-clínica: En dicha evaluación se obtendrá información sobre antecedentes patológicos ya sean familiares o individuales, si consume algún tipo de medicina y en general toda su historia clínica.

Evaluación bioquímica: En dicha evaluación se realizan estudios de sangre y de orina.

Evaluación dietética: Aquí se evalúan algunos aspectos como costumbres y hábitos alimenticios mediante algunas preguntas como por ejemplo:

- Qué comió el día anterior, qué desayuno, cómo cena por lo general (si es que lo hace cena), si llega a consumir algo entre cada comida y por qué motivo, que tipo de alimentos son agradables y cuales no, etcétera.
- Si ha llevado antes algún tipo de dieta o plan de alimentación y cómo era.
- Historia del peso corporal.
- Si ha hecho uso de algunas vitaminas.
- Las costumbres en cuanto a la actividad física y si realiza o no realiza.
- Horario actual de actividades.
- Si la persona es alérgica a ciertos alimentos.
- Si consume alcohol.
- Problemas físicos que no permitan una buena nutrición como digestivos, dentales estreñimiento, diarreas constantes etcétera.

Evaluación del peso y la distribución corporal: Para conocer el grado de sobrepeso de la persona es necesario conocer los siguientes aspectos:

- Edad y sexo
- Estatura
- Peso corporal
- Complexión
- Crecimiento (en el caso de niños o mujeres embarazadas).
- Establecer el peso ideal de acuerdo a la talla y la complexión de acuerdo a las tablas de peso ideal (véanse tablas 2 y 3).

Evaluación socioeconómica: Esta evaluación debe ser muy completa ya que es determinante conocer los aspectos que en ella se incluyen debido a que muchos de ellos determinan si el paciente puede o no seguir un tratamiento, entre los aspectos más relevantes se encuentra:

- Las metas del paciente.
- Situación económica familiar o si vive solo.
- Quién se encarga de preparar los alimentos que consume.

Tabla 2

Peso ideal según la talla en mujeres (en kg.)

Talla (cm)	Límite inferior	Límite inferior recomendado	Peso Promedio	Límite superior recomendado	Límite superior
142	36.25	41.48	45.11	48.73	53.96
143	36.62	41.96	45.67	49.37	54.70
144	37.00	42.44	46.23	50.01	55.45
145	37.36	42.92	46.78	50.64	56.20
146	37.71	43.39	47.34	51.28	56.96
147	38.08	43.88	47.90	51.92	57.71
148	38.45	44.36	48.46	52.55	58.46
149	38.82	44.84	49.02	53.19	59.22
150	39.18	45.32	49.58	53.83	59.97
151	39.53	45.79	50.14	54.47	60.72
152	39.89	46.26	50.69	55.11	61.48
153	40.26	46.74	51.25	55.74	62.22
154	40.64	47.23	51.81	56.38	62.97
155	40.83	47.70	52.36	57.02	63.72
156	41.02	48.18	52.92	57.65	64.48
157	41.18	48.69	53.48	58.29	65.24
158	41.35	49.19	54.04	58.93	66.00
159	42.08	49.58	54.60	59.57	66.74
160	42.82	50.01	55.16	60.21	67.49
161	43.18	51.53	55.72	60.84	68.24
162	43.53	51.05	56.27	61.48	69.00

(Continúa tabla)

Tabla 2

Peso ideal según la talla en mujeres (en Kg.)

163	43.90	51.53	56.83	62.08	69.75
164	44.27	52.01	57.39	62.67	70.50
165	44.63	52.48	57.94	63.35	71.25
166	44.99	52.96	58.50	64.03	72.00
167	45.35	53.44	56.06	64.47	72.76
168	45.71	53.92	59.62	65.31	73.52
169	46.08	54.40	60.18	65.95	74.26
170	46.46	54.88	60.74	65.59	75.01

Fuente: Casillas, O. E. & Vargas, L. A. (1980). Cuadros de peso y talla para adultos mexicanos. Arch. Invest. Méd. México. (11) p. 157-174.

- Nivel educativo.
- Tipo de trabajo o actividades a las que se dedica.
- Creencias religiosas o culturales.

3.2.2.5. Plan de alimentación

Una vez evaluadas las características generales del paciente se prosigue con la elaboración del plan de alimentación, que debe incluir todo tipo de comida y de todos los grupos pero con raciones asignadas por el profesional, ya sea un nutriólogo o dietista. Dentro del plan de alimentación se establecen varios tipos de menú que contengan las calorías indicadas para el paciente y él puede elegir entre los mismos. También se recomienda que las horas de comida estén bien establecidas y que se respeten para que el tratamiento sea más efectivo.

Tabla 3

Peso ideal para hombres adultos

Peso ideal (en kg.) a partir de los 25 años			
Altura (en cm con zapatos)	Esqueleto leve	Esqueleto medio	Esqueleto pesado
159	51.6 – 55.2	54.3 – 59.6	58.0 – 64.8
160	52.2 – 55.8	54.9 – 60.3	58.5 – 65.3
161	52.7 – 56.3	55.4 – 60.9	59.0 – 66.0
162	53.2 – 56.9	55.9 – 61.4	59.6 – 66.7
163	53.8 – 57.4	56.5 – 61.9	60.1 – 67.5
164	54.3 – 57.9	57.0 – 62.5	60.7 – 68.2
165	54.9 – 58.5	57.6 – 63.0	61.2 – 68.9
166	55.4 – 59.2	58.1 – 63.7	61.7 – 69.6
167	55.9 – 59.9	58.6 – 64.4	62.3 – 70.3
168	56.5 – 60.6	59.2 – 65.1	62.9 – 71.1
169	57.2 – 61.3	59.9 – 65.8	63.6 – 72.0
170	57.9 – 62.0	60.7 – 66.6	64.3 – 72.9
171	58.6 – 62.7	61.4 – 67.4	65.1 – 73.8
172	59.4 – 63.4	62.1 – 68.3	66.0 – 74.1
173	60.1 – 64.2	62.8 – 69.1	66.9 – 75.5
174	60.8 – 64.9	63.5 – 69.9	67.6 – 76.2
175	61.5 – 65.6	64.2 – 70.6	68.3 – 76.9
176	62.2 – 66.4	64.9 – 71.3	69.0 – 77.6
177	62.9 – 67.3	65.7 – 72.0	69.7 – 78.4
178	63.6 – 68.2	66.4 – 72.8	70.4 – 79.1

(Continúa tabla)

Tabla 3

Peso ideal para hombres adultos

179	64.4 – 68.9	67.1 – 73.6	71.2 – 80.0
180	65.1 – 69.6	67.8 – 74.5	71.9 – 80.9
181	65.8 – 70.3	68.5 – 75.4	72.7 – 81.8
182	66.5 – 71.0	69.2 – 76.3	73.6 – 82.7
183	67.2 – 71.8	69.9 – 77.2	74.5 – 83.6
184	67.9 – 72.5	70.7 – 78.1	75.2 – 84.5
185	68.6 – 73.2	71.4 – 79.0	75.9 – 85.4
186	69.4 – 74.0	72.1 – 79.9	76.7 – 86.2
187	70.1 – 74.9	72.8 – 80.0	77.6 – 87.1
188	70.8 – 75.8	73.5 – 81.7	78.5 – 88.0
189	71.5 – 76.5	74.4 – 82.6	79.4 – 88.9
190	72.2 – 77.2	75.3 – 83.5	80.3 – 89.8
191	72.9 – 77.9	76.2 – 84.4	81.1 – 90.7
192	73.6 – 78.6	77.1 – 85.3	81.8 – 91.6
193	74.4 – 79.3	78.0 – 86.1	82.5 – 92.5

Fuente: Casillas, O. E. & Vargas, L. A. (1980). Cuadros de peso y talla para adultos mexicanos. Arch. Invest. Méd. México. (11) p. 157-174.

El plan debe ser el más adecuado a las necesidades y al estilo de vida de la persona y debe ser evaluado constantemente para valorar los resultados. Al respecto, Campollo (1995) señala que un buen plan de alimentación utiliza los siguientes grupos de alimentos:

Leche: Que debe ser descremada o yogur en cantidades moderadas por la cantidad de colesterol que contienen.

Verduras: Se recomiendan consumir más las de tipo A ya que no contienen muchas calorías, y en menor cantidad las del grupo B (véase tabla 4), que contienen más azúcares.

Frutas: Se recomiendan comer raciones pequeñas si son de contenido alto en azúcar, (alrededor de raciones de una taza) y si contienen más agua y fibra se pueden consumir en mayores cantidades.

Cereales y tubérculos: El equivalente ideal de su consumo puede ser: media taza de pasta, arroz u otro cereal, una tortilla o medio bolillo sin migajón.

Productos de origen animal: Es recomendable el consumo de queso fresco, carnes blancas en mayor grado y disminuir las carnes rojas así como los embutidos.

Leguminosas: Ayudan mucho en el tratamiento porque tienen alto contenido en fibra. Entre las leguminosas más recomendables se encuentran los chícharos secos, frijoles, habas y lentejas.

Grasas: No es muy recomendable el consumo de grasas saturadas por el alto contenido en colesterol. El colesterol se puede encontrar principalmente en alimentos de origen animal como la carne, las yemas de huevo, la manteca de cerdo o la leche entera. Se recomienda en la mayoría de los planes alimenticios consumir el equivalente a una cucharada de aceite o mayonesa.

Azúcares: La cantidad de consumo ideal de este grupo equivale a 2 cucharadas pequeñas de azúcar o miel.

En general el plan que se diseñe no debe ser muy rígido o el paciente no podrá mantenerlo por mucho tiempo, debe constar de todos los alimentos porque el cuerpo los necesita unos en menor cantidad que otros pero no se debe prescindir de ninguno, lo más recomendable es disminuir el consumo de grasa y utilizar menos sal al cocinar y evitar los alimentos enlatados. No dejar de comer a las horas indicadas ni saltarse ninguna de las comidas.

Tabla 4

Equivalentes de verduras

Grupo A: Verduras de consumo libre		Grupo B
Acelgas	Espinacas	Betabel
Apio	Hongos	Calabaza amarilla
Berenjena	Berros	Cebolla
Flor de calabaza	Calabacitas	Poro
Jitomate	Brócoli	Chícharos
Lechuga	Ejotes	Colecitas de bruselas
Pepino	Chayotes	Chile poblano
Pimiento	Cilantro	Jícama
Rábano	Chile	Nabo
Nopales	Col	Zanahorias
Tomate verde		Espárragos

Fuente: Campollo R. (1995). Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa.

3.2.3. Ejercicio Físico

El cuerpo necesita forzosamente actividad física porque está hecho para realizarla. Si una persona permanece inactiva el cuerpo inmediatamente lo resiente. La actividad física contribuye a tener una mejor salud tanto física como mental, y la falta de ejercicio incluso puede llegar a provocar padecimientos tales como problemas cardiacos, osteoporosis o cáncer de colon. El ejercicio además es una ayuda básica para el tratamiento de algunos padecimientos tales como la diabetes, la depresión y la obesidad.

Cuando se lleva un tratamiento para el control de peso es muy recomendable el ejercicio aeróbico ya que es el que produce mayores cambios en el cuerpo. El ejercicio aeróbico requiere

que sean utilizados los músculos largos del cuerpo que se mantiene en movimientos rítmicos y dinámicos (Radmacher & Sheridan, 1992).

El ejercicio en general tiene tres componentes que son la frecuencia, la intensidad y la duración. Cuando una persona se encuentra bajo tratamiento para el control de peso y no está acostumbrada a realizar ejercicio de tipo aeróbico, se le recomienda de principio que realice una actividad de 15 minutos, posteriormente se aumenta a 30 y gradualmente se le recomienda que llegue a 60 minutos y que se realice de 3 a 5 veces por semana.

El ejercicio también es importante para mantener a una persona de avanzada edad en buena condición física además de conseguir muchos beneficios de tipo psicológicos. La persona se siente más activa y con más ánimos de hacer las cosas cuando han realizado una actividad física que cuando se sienten inactivas. Al respecto, Radmacher y Sheridan (1992) mencionan que una rutina de ejercicio aeróbico constante, eleva mucho la autoestima y el autoconcepto de las personas, además de que le ayuda a mejorar sus relaciones familiares, le trae beneficios como buena memoria y concentración.

Al inicio de cualquier actividad física, es importante que se inicie con rutinas moderadas de caminata o juegos en equipo (Radmacher & Sheridan 1992).

En las comunidades americanas la gente tiende a ser muy inactiva lo que es un causante importante de la obesidad. Sin embargo, ya es un poco más común que la gente se preocupe por realizar algún tipo de ejercicio físico. Al menos en los Estados Unidos que era uno de los países en los que las personas eran más sedentarias, se ha observado que un gran aumento en la población que en su tiempo libre realiza alguna rutina de ejercicio físico. Sin embargo, de todos los tipos de ejercicio se cree que el más sano es el de tipo aeróbico, ya que hace que se consuma más oxígeno.

Entre las diferentes formas de realizar ejercicio aeróbico se encuentra el caminar, bailar, andar en bicicleta e incluso nadar. Por otra parte, si se está llevando un tratamiento para la obesidad es menos recomendable el ejercicio anaerobio que implica aumentar la velocidad y

resistencia del cuerpo pero no ayuda mucho a la respiración e incluso puede ser peligroso si la persona sufre de algún padecimiento de tipo respiratorio o cardiaco (Amigo et al. , 1998; Pitts, 1996).

Dentro del ejercicio aeróbico se toman como parámetros la intensidad y la duración, debe ser intenso para que ayude a la frecuencia cardiaca y en cuanto a la intensidad para que aporte mejores resultados al tratamiento, aunque siempre se debe cuidar que ésta se aumente gradualmente.

Durante mucho tiempo se pensó que el ejercicio físico podría provocar daño cardiaco, aunque actualmente se sabe que además de que beneficia a la salud cardiovascular también beneficia a la salud en general. Sin embargo, también pueden darse casos en los que el ejercicio se convierte en una adicción, esto comenzó a observarse en la década de los setenta. En principio esta adicción puede verse como algo positivo, aunque cuando se abandona algunas personas pueden llegar a sufrir síndrome de abstinencia como en otras adicciones, algunos síntomas que pueden presentarse son la ansiedad, sentimientos de culpa e irritabilidad entre otros.

En el paciente obeso la práctica inicial de ejercicio físico trae efectos psicológicos muy favorables como disminución de estrés y en general una agradable sensación de bienestar, sin embargo poco a poco se va requiriendo cada vez una mayor dosis de ejercicio para que se alcance el estado de bienestar de un principio, además de que si la persona hace demasiado ejercicio cuando no ha reducido su peso puede traerle algunas consecuencias negativas como lesiones musculo-esqueléticas.

Es importante mencionar que cuando una persona ha sido mucho tiempo inactiva no puede comenzar de forma repentina un programa de ejercicio muy fuerte, además de que se requiere asesoría de un profesional que recomiende ejercicios adecuados para cada persona y para sus fines individuales, es necesario que se conjunte con un programa de modificación de conductas sedentarias y que se avance poco a poco hasta que se pueda recomendar una rutina de ejercicio formal.

Es importante combinar los métodos tradicionales para reducir peso como las dietas, con algunas rutinas de ejercicio lo cual aumentará la eficiencia de cualquier tratamiento. El simple hecho de aumentar la actividad física produce una reducción de peso y no es necesario hacer ejercicios muy difíciles o fuera del alcance de cualquier persona, se puede iniciar con algunos minutos de caminata.

Las personas con problemas de obesidad por lo regular son poco tolerantes al esfuerzo físico, por lo que no se les deben recomendar intensas rutinas de ejercicio, aunque con un poco de actividad física que empiecen a realizar su cuerpo comienza a regular el apetito, cambia el estado de ánimo y la ansiedad lo cual seguramente también contribuirá a que busque placer no solamente en la comida. Se le debe enseñar que el ejercicio no es un castigo, sino algo placentero que le traerá mejoría en su estilo de vida (Alvarez et al. , 1997; Amigo et al. , 1998; Brannon & Feist, 1997).

También se tiene la creencia de que hacer ejercicio es contraproducente para controlar el sobrepeso debido a que aumenta el apetito, sin embargo, el ejercicio físico incrementa el metabolismo quemando el exceso de calorías, aunque muchos dietistas se basan únicamente en las calorías disminuidas con un régimen alimenticio dejando de lado a la actividad física. (Sarafino, 1998).

3.2.3.1. Motivación y beneficios de la práctica de ejercicio

El ejercicio es el mayor apoyo en el mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo. Se ha comprobado que aquellos tratamientos que combinan una dieta adecuada con un programa de ejercicio tienen mayores resultados que los que se basan únicamente en uno sólo de los aspectos. Se debe iniciar por proponerse metas pequeñas como salir a caminar de 10 a 15 minutos tres o cuatro veces por semana, el logro de esta pequeña meta aumentará el sentimiento de autoeficacia en el paciente. Poco a poco se le puede ir recomendando que aumente la actividad hasta que vaya logrando metas pequeñas pero que en conjunto sean una avance significativo. Es importante que la actividad recomendada despierte el interés en el paciente, que sea realista y que pueda realizarse a largo plazo. Es importante que constantemente se refuercen las pequeñas metas

alcanzadas. Son muchos los beneficios que presenta el realizar ejercicio físico, entre los cuales se encuentra: mejorar el control de peso e incrementar la movilidad del paciente, interactuar con otras personas si se ingresa a una organización recreativa y disminuir la ansiedad, depresión y estrés mediante la liberación de energía.

Por otro lado, es importante mencionar que deben existir algunos factores que propicien la adherencia del paciente al ejercicio, es importante considerar el tipo de personalidad del paciente para elegir el ejercicio que más lo motive, por ejemplo hay pacientes que no se sienten a gusto realizando actividades en equipo, por lo que se le puede recomendar una rutina de ciclismo, caminata o yoga en su propia casa, mientras que otras personas encuentran en el ejercicio una forma de convivencia en grupo, y a éstas personas les motivan más actividades en grupo como equipos de algún deporte o incluso algunas clases de aeróbicos (Radmacher & Sheridan, 1992).

Actualmente en México existen muchos impedimentos para que el paciente realice ejercicio físico, sobre todo impedimentos de tipo psicosocial. Entre los más importantes se encuentra la idea casi generalizada de que el ejercicio no sirve de mucho para bajar de peso porque aumenta el apetito. Es importante por otro lado, preguntar al paciente que tipo de actividades le gustaría realizar, si fuera de casa o dentro y solo o acompañado. Una vez identificadas las actividades preferidas por el paciente y que puede realizar constantemente se le recomienda avanzar gradualmente tanto en la intensidad como en la duración del ejercicio, además de utilizar el apoyo familiar para motivar al paciente e incluso acompañarlo en las actividades.

3.2.4. Tratamientos combinados y gravedad de la obesidad

Cuando se está tratando a un paciente con problemas de obesidad muy severos es más funcional combinar los tratamientos conductuales con tratamientos farmacológicos y dietas. Actualmente es de gran utilidad el apoyo psicológico y prácticamente es el que más ayuda a mantener los resultados de los otros tratamientos, por tal motivo, debe estar bien planeado siempre de acuerdo al grado de obesidad que se está tratando.

Al respecto Blackburn y Kanders (1994) y Radmacher y Sheridan (1992) indican que un programa de control de la obesidad adecuado debe constar de cinco elementos que son: modificación conductual, ejercicio, reestructuración cognitiva, apoyo social y nutrición. Todos estos elementos deben ser tratados de forma integral a través de las sesiones del tratamiento que debe durar como mínimo de 16 a 29 semanas aunque si el programa se extiende por más tiempo, el paciente puede perder más peso y mantener los resultados del mismo.

Por su parte Campollo (1995) señala que el tipo de tratamiento se clasifica de acuerdo con la gravedad de la obesidad. Por ejemplo, en un sobrepeso del 5% al 20% no se aplica tratamiento conductual ya que se considera no necesario. Con un problema de obesidad del 20% a 40% se aplica un tratamiento cognitivo conductual como apoyo del tratamiento dietético. Obesidad del 40% al 100% ya requiere de hospitalización y de manejo cognoscitivo-conductual y tratamiento dietético muy severo.

En cualquiera de los grados de obesidad es necesario indagar si existen trastornos de tipo psiquiátrico, esto resulta ser muy común en personas con obesidad mayor a 40%. En tales casos es necesario recurrir a un tratamiento quirúrgico, que en principio además de formar una base para continuar con el tratamiento dietético, también ayuda a aumentar la autoestima del paciente, a disminuir la distorsión de la imagen corporal y a mejorar la conducta alimentaria.

3.3. TERAPIA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

3.3.1. Consideraciones psicológicas en la atención conductual de la obesidad

No es posible hacer con exactitud una diferencia entre los factores físicos y conductuales causantes de la obesidad porque ambos influyen uno al otro. En muchos estudios se ha observado que algunas de las personas obesas lo son no porque consuman mayor cantidad de comida que las personas con normopeso. Por tanto, en tales casos no se puede reducir mucho la cantidad de alimento ingerida, entonces se recurre a aumentar la actividad física del paciente, de hecho esto es indispensable para normalizar el peso.

Bajar de peso es una de las labores más difíciles sobre todo para las personas que padecen problemas de obesidad severa. Algunas de las razones de que este proceso se dificulte tanto es el hecho de que el paciente no tiene control sobre su medio ambiente que en muchas ocasiones es muy propicio para que aprenda conductas alimenticias no deseadas, además de que es necesario considerar los antecedentes del problema y en muchos tratamientos éstos no son considerados. La forma de trabajar de las técnicas conductuales resulta más efectiva precisamente porque sí toma en consideración dichos factores (Sarafino, 1998).

Brannon y Feist (1997) señalan que existen dos tipos de obesidad, la que es causada por problemas fisiológicos y la que se produce por conductas insanas. En los casos en los que la obesidad es causada por trastornos fisiológicos los programas de modificación conductual no resultan ser tan efectivos.

El tratamiento de la persona obesa es muy complejo, sobre todo en el aspecto psicológico, es necesario el apoyo social pero sobre todo familiar. En general, tanto en los niños y adolescentes como en pacientes adultos es de mucha ayuda la participación activa por parte de los padres y familiares cercanos tanto en el tratamiento, seguimiento de un plan alimenticio así como en programas de ejercicio indicados. Cabe señalar que el apoyo de la familia muchas veces es lo que hace que el tratamiento tenga éxito y que sus efectos sean duraderos (Campollo, 1995).

3.3.1.1. Obesidad y dinámica familiar

El hecho de que varios miembros de la familia padezcan de obesidad tiene repercusiones en todo el sistema familiar, se llega a considerar un distintivo de la misma, cada miembro obeso se identifica con su grupo familiar que es similar a él. En el caso de un adolescente obeso es muy probable que se sienta más unido a su familia, ya que muchos de ellos no tienen amistades fuera del hogar, por lo que permanece más entre la familia, puede ser que tampoco tenga una pareja.

Por tal motivo es importante que cuando un miembro de la familia está bajo tratamiento para la obesidad ésta apoye, rompiendo con esa supuesta lealtad, en ocasiones, si la familia se sigue manteniendo unida por ese rasgo distintivo es mejor que dejen solo al paciente lo cual también es

una forma de apoyarlo. El sólo hecho de que dentro del hogar se comience a hablar de dietas y sobrepeso puede generar en el resto de los miembros un sentimiento de invasión a la intimidad familiar que llega a hacer sentir muy mal al paciente al grado de abandonar el tratamiento por ese motivo (Campollo, 1995).

3.3.2 Tratamiento en modificación conductual

La modificación de las conductas no deseadas para el buen tratamiento de la obesidad, es uno de los aspectos más difíciles de lograr. Existen diversas razones para ello, una de las principales es el hecho de que en las conductas de la persona obesa interfieren muchos estímulos externos que anteceden y son consecuentes de las mismas y que no pueden ser controlables. Algunas técnicas conductuales han tratado precisamente de controlar algunos estímulos que originan conductas indeseadas. Al respecto Sarafino (1998) señala que los resultados de dichas técnicas han sido impresionantes, sin embargo, aunque resultan ser de mucha utilidad no pueden ser aplicables a todos los pacientes, además de que no garantizan la pérdida de mucho peso y el peso perdido se logra a través de largos periodos de tiempo.

Por su parte Alvarez et al. (1997) mencionan que es importante lograr que los cambios en la conducta del paciente sean permanentes y sencillos de llevar a cabo. Antes que nada es importante ir paso a paso; la terapia conductual debe incluir al mismo tiempo un tratamiento dietético dentro del cual se fijen metas alcanzables, y que no contenga una dieta demasiado rígida, de otra forma al pasar el tiempo el paciente tendrá sentimientos de frustración. No debe esperarse una pérdida de peso demasiado rápida precisamente para que los efectos del tratamiento sean duraderos, aunque esto también puede ocasionar que el paciente comience a desesperarse.

Dentro del tratamiento conductual se apoya al paciente a realizar la dieta procurando que no haya alimentos no permitidos a su alcance, y la conducta de comer debe ser de forma ordenada y no establecerse sin control alguno a todas horas del día. También debe apoyarse y reforzarse el aumento de la actividad física, otro elemento importante de la terapia, que debe continuarse una vez que ésta ha terminado para evitar posibles recaídas. Cabe señalar que la mejor forma de mantener los cambios conductuales es reforzando a través de recompensas y señales de

aprobación, éstos métodos funcionan más que los malos comentarios y los regaños que supuestamente motivan al paciente.

Los métodos conductuales han demostrado más efectividad en los tratamientos de control de peso que en el tratamiento de otro tipo de problemas, además de que el peso que se logra reducir con dichas técnicas difícilmente se llega a recuperar.

Los tratamientos conductuales pueden realizarse de forma individual o grupal. Si se realiza en forma grupal, cada grupo debe ser conformado por 10 personas. Se recomienda que cada sesión tenga una duración de 1 a 2 horas, que se realice una vez por semana durante un periodo de 12 a 20, semanas. Es importante que se cuente con un programa previamente establecido con actividades que se deban realizar por conjuntos de dos personas o más, aunque, dentro de los grupos también se ha incorporado la atención individualizada para atender problemas que puedan surgir con cada paciente y que ha demostrado mayor efectividad.

Las técnicas conductuales no sólo resultan ser efectivas en el tratamiento para la obesidad con adultos, sino también en niños y adolescentes que en muchos casos logran llevar los hábitos nuevos aprendidos por muchos años, lo cual contribuye a que no se conviertan en adultos obesos (Blackburn & Kanders, 1994; Campollo, 1995; Sarafino, 1998).

Los primeros resultados publicados de las técnicas conductuales en el tratamiento para la obesidad comenzaron a presentarse en la década de los 70s. En este periodo se habían desarrollado y perfeccionado las técnicas del automonitoreo y el control de estímulos. Durante esta década también se habían generado toda una serie de investigaciones en diversos campos de la psicología y psiquiatra, posteriormente se desarrolló un especial interés en la psicología dentro del tratamiento para la obesidad más que en la psiquiatría.

A finales de los 70s se había demostrado la efectividad de las técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad y comenzaron a integrarse a él otras técnicas además del automonitoreo y el control de estímulos. Se realizaron programas más sofisticados que incluían los grupos de apoyo, el ejercicio fisiológico además de las técnicas cognitivas.

En la década de los 80s, se describieron con mayor detalle los resultados de las técnicas conductuales en el tratamiento para la obesidad, para ese tiempo éste se proporcionaba en forma grupal con las técnicas de control de estímulos, el autocontrol y las técnicas de reforzamiento. El tratamiento tenía una duración aproximada de 10 a 12 semanas. También se iniciaron los programas de continuidad al tratamiento por largos periodos de tiempo, aunque con menos visitas al especialista. Los resultados de este nuevo concepto en el tratamiento para la obesidad fueron estudiados por diversas universidades en los Estados Unidos y publicados para la mejora y sofisticación en los tratamientos que desarrollaron posteriormente (Blackburn & Kanders, 1994).

En las últimas décadas, dentro de la terapia conductual se aplican los principios de aprendizaje basados en la investigación científica. Mediante dicha terapia se les enseña a los individuos a modificar conductas no deseadas y hábitos insanos de alimentación. Al respecto Fernández y Vera (1989) y Lebow (1983/1986) mencionan que el proceso de modificación conductual se realiza en tres etapas que son: la identificación de la conducta no deseada, la intervención para la modificación conductual y una evaluación para el control de los posibles efectos de la intervención, y el mantenimiento de los resultados a largo plazo, así como el diagnóstico de las posibles consecuencias en el medio social del paciente. En las últimas décadas también se ha integrado la terapia en reestructuración cognitiva y la información nutricional para que el paciente comience a responsabilizarse de lo que come, y el programa de ejercicio físico, de tal forma que se ha llamado al tratamiento conductual “tratamiento en paquete”. En lo que respecta al control de la obesidad el proceso de modificación de conducta puede tomar muchas formas y basarse en toda una variedad de modelos y técnicas (Blackburn & Kanders, 1994).

3.3.3. Técnicas de autocontrol para el tratamiento de la obesidad

En la actualidad muchos de los tratamientos en terapia de conducta para la obesidad utilizan como herramienta fundamental las técnicas de autocontrol. Dichas técnicas tienen como objetivo dotar de habilidades al paciente que le permitan controlar por sí mismo su conducta mediante ciertas estrategias a través de cambios hechos a los estímulos antecedentes y consecuencias relacionados con la conducta problema de forma gradual para alcanzar metas a largo plazo. La persona es la que se encarga de dirigir su propia conducta. Al respecto, Caballo (1991) señala que

dentro del tratamiento mediante técnicas de autocontrol, el individuo se visualiza como dos personas distintas, una que responde ante cierta situación o problema y otra, la controladora, quien observa y además evalúa, además de que modifica la forma de responder del primero si es necesario, de tal forma que el paciente tiene un proceso muy activo dentro del tratamiento, además de que logra conscientizar algunos pensamientos negativos que eran encubiertos.

Desde ésta perspectiva, el terapeuta sólo se encarga de instruir al paciente en cómo aplicar los principios del cambio de conducta a sí mismo, lo cual resulta de mucha utilidad debido a que la conducta llega a ser independiente de las influencias externas, ya que se le enseñaron al paciente las estrategias para responder de forma adecuada ante el medio ambiente (Caballo, 1991).

La ventaja de las técnicas de autocontrol, es que es más fácil que se pueda trasladar al ambiente natural del sujeto, a diferencia de otras técnicas que en ocasiones sólo funcionan en ambientes creados dentro de la terapia. Esto se debe a que el trabajo que realiza el paciente normalmente se realiza fuera de la terapia en donde se dan las conductas problema e indeseadas. El hecho de que el paciente comience a ver resultados en su forma de control hacia sí mismo así como el hecho de mantener una dieta y una serie de ejercicios, es un gran reforzador que le ayuda a mantener los logros obtenidos por largos periodos de tiempo.

Las principales técnicas de autocontrol son: el automonitoreo, los autorregistros autorreforzamiento y control de estímulos, además del planteamiento de metas alcanzables (Blackburn & Kanders, 1994; Caballo, 1991; Fernández & Vera; 1989).

A continuación se describe cada una de ellas:

3.3.3.1. El automonitoreo

Dentro del automonitoreo o autoobservación el paciente evalúa su propia conducta desarrollando cierto grado de confianza en las apreciaciones que logra dar de sí mismo, además de que también empieza a evaluar las emociones y sentimientos que lo llevan a desarrollar dicha conducta. En el caso del tratamiento para la obesidad, mediante la autoobservación el paciente

comienza a poner atención en los tipos y la cantidad de la comida ingerida llevando un registro de todo. Al respecto, Blackburn y Kanders (1994) y Lebow (1983/1986) señalan que también es posible observar las situaciones en las que come, así como las actividades diarias que realiza y si ayudan o no al tratamiento, además de comenzar a autoanalizar las emociones que se presentan en relación con las horas de comida. Por lo general las conductas de excesiva ingesta y malos hábitos alimenticios se realizan automáticamente y el paciente no llega a notarlas, como el caso de la ingesta muy rápida o el buscar comida varias veces al día. En tales casos la autoobservación ayuda al sujeto a notar esas conductas relacionadas con los hábitos alimenticios y la actividad física, que para él pasan inadvertidas, tomando consciencia de las mismas, en qué medida le afectan, y a la vez como puede modificarlas.

Por otro lado, la autoobservación proporciona al paciente un sentido de responsabilidad y autocontrol que difícilmente se alcanzaría con otra técnica, además de que permite al terapeuta acceder a algunas conductas encubiertas que se relacionan con la excesiva ingesta.

Esta técnica se utiliza con la finalidad, en primer lugar de poder diseñar el tratamiento más adecuado a las necesidades del paciente, además de que con base a las observaciones realizadas, el paciente puede evaluar su propia conducta y compararla con otras conductas que le ayudarían a alcanzar la meta establecida, con base a esto, el paciente puede observar que tan difícil sería para poder reemplazar sus malos hábitos alimenticios por conductas deseadas (Caballo, 1991; Fernández & Vera, 1989; Rossell & Saldaña, 1988; Sarafino, 1998).

Los dos propósitos del automonitoreo son el relevamiento y el tratamiento, aunque en ocasiones ambos propósitos son incompatibles debido a que cuando el automonitoreo se usa para cambiar algunas conductas, otras se pasan por alto, de tal forma que se limita como herramienta de autoevaluación.

3.3.3.2. El autorregistro

Esta técnica es una de las más importantes dentro del autocontrol, se relaciona mucho con la autoobservación y su finalidad es muy parecida. El paciente además de observar también registra su conducta, lo cual lo hace aún más activo dentro del tratamiento.

El autorregistro también permite que el paciente identifique las situaciones que anteceden a la conducta problema, así como sus consecuencias y que sentimientos o emociones provoca cuando ocurren dichas situaciones. El paciente también comienza a identificar relación entre éstas variables, es por ello que se deben establecer las conductas específicas que se desean registrar, para facilitar el trabajo. El autorregistro además de permitir una evaluación detallada de la conducta o conductas problema del paciente, también permite registrar las respuestas subjetivas que no son observables, tales como ideas irracionales, pensamientos obsesivos o las consecuencias subjetivas de situaciones muy específicas. Posteriormente, cuando la terapia ya esta avanzada, los registros dan indicios al terapeuta del progreso que puede tener el tratamiento, los autorregistros permiten al paciente incrementar las conductas deseadas y disminuir las indeseadas. Esto se debe principalmente a que el paciente al identificar las variables que intervienen en determinada conducta puede saber con mayor exactitud lo que debe iniciar a cambiar, el registro constantemente le recuerda al paciente lo que no debe hacer (Caballo, 1991).

Si el paciente registra diariamente sus conductas, además de comenzar a notarlas, identifica la magnitud y la frecuencia de realizarlas, sin embargo, ésta técnica llega a ser monótona para el paciente y puede ser abandonada con mucha facilidad en un corto periodo de tiempo (Rossell & Saldaña, 1988; Sarafino, 1998).

En el caso específico del tratamiento para la obesidad, los autorregistros permiten obtener una visión general de algunos patrones de conducta que pueden generar desequilibrios en el consumo y gasto de energía. El autorregistro también permite conocer como se realizan las conductas alimenticias con detalle, además de conocer otros aspectos de la vida del paciente, tales como; si tiene actividad física, si la hay, de qué tipo y en qué proporción. Además de que se identifican las emociones que se presentan antes y después de cada episodio de ingesta.

Es importante que se entrene adecuadamente al paciente para que pueda realizar correctamente los autorregistros. Entre las instrucciones que se le indican están: realizar el registro inmediatamente después de que se presenta cada ingesta además de que el mismo paciente debe convertir el tipo de comida ingerida en valores de calorías mediante las tablas de conversión proporcionadas por el profesional. Al respecto, Rossell y Saldaña (1988) mencionan que es muy difícil la conversión de alimentos consumidos en calorías, además de que muchos pacientes llegan a alterar sus datos para mostrar que siguen correctamente el régimen alimenticio cuando en realidad no lo hacen.

Por otro lado, es muy común que los pacientes cometan errores en sus registros involuntariamente, por ello la importancia de comenzar a corregir los errores de conversión desde un principio además de proporcionar información extra al paciente si es necesario. En el siguiente apartado se explica con mayor detalle la técnica para autoobservar y registrar la conducta alimenticia.

a) Monitoreo y autorregistro de la acción de comer

Cuando se desea evaluar la conducta de comer antes de iniciar el tratamiento el paciente debe observar y registrar inmediatamente después de haber comido lo que ingiere. Dicho registro debe contener la hora de cada comida, los sentimientos que se tuvieron antes de comer y que alimentos fueron consumidos. Esto debe hacerse en el desayuno, almuerzo, comida y cena. También es importante registrar las actividades realizadas antes y después de cada comida (Lebow, 1983/1986).

En el transcurso del tratamiento los pacientes deben observar y registrar lo que comen o también lo que se han propuesto comer. Es importante registrar si se tienen intenciones de cumplir con un régimen alimenticio y si las intenciones se cumplieron o sólo se pensaron. Es importante que el paciente poco a poco planifique lo que va a comer y lleve una cuenta aproximada de las calorías que contiene lo que va a comer, mediante una tabla de registro que faciliten la tarea (véase tabla 5). Esto poco a poco ayudará al paciente a detectar sus errores conductuales y a modificarlos poco a poco.

Tabla 5

Tabla de registro de comida

					Actividades		
Hora	Sentimientos	Comida	Cantidad	Calorías	Antes	Durante	Después

Fuente: Lebow (1986). Obesidad infantil, una nueva frontera de terapia conductual. (J. Piatigorsky Trad.). Argentina: Paidós. (Trabajo original publicado en 1983).

b) Monitoreo y autorregistro de la actividad

En lo que respecta al registro de la cantidad de actividad física, cabe hacer una distinción entre actividad informal que se refiere a los movimientos comunes como subir las escaleras de la casa, caminar de un lado a otro para levantar algo, etcétera, y el ejercicio hecho como tal que incluye algún tipo de deporte.

Se considera importante recomendar al paciente realizar algún ejercicio extra además del ejercicio informal. El paciente también debe hacer una conversión de su actividad física en cantidades de consumo energético ayudado por el terapeuta.

Es importante que se registren y se programen no sólo las horas de comida, sino también la actividad realizada antes y después de la comida. Al respecto Blackburn y Kanders (1994) señalan que en principio el paciente puede comenzar registrando algunas rutinas cotidianas de poca duración o prolongadas, debe registrar el tiempo que tarda en hacerlas y observar el esfuerzo que conlleva el realizarlas. Se comienza el registro desde el momento de iniciar la actividad, en qué consiste y cuando concluye. Posteriormente puede registrar el grado de dificultad que tuvo en realizar la actividad, tomando como referencia un gasto de energía de

suave a intenso. Los datos recolectados pueden cambiarse a cantidades de calorías quemadas, el terapeuta puede proporcionarle tablas que pueden ayudarlo a realizar la conversión. Con base a los datos arrojados el paciente podrá observar específicamente si ha tenido cambios en su actividad e incluso puede registrar sus logros, es decir si poco a poco ha incrementado su actividad física, con lo cual también gastaría más calorías de lo que hacía antes, además de que puede programar por sí mismo nuevas actividades (Fernández & Vera, 1989; Lebow, 1983/1986).

C) Monitoreo y autorregistro de la inactividad

El automonitoreo muchas veces resulta tedioso y cansado, lo cual puede provocar que el paciente deje de realizarlo o incluso que deje el tratamiento. Es posible que incluso el paciente se abstenga de realizar algunas actividades con tal de no tener que registrarlas. En tales casos el automonitoreo resulta perjudicial para el tratamiento porque provoca aún más inactividad para no tener que registrar nada, en tales casos se requiere tomar otras medidas. Es posible que se opte por registrar la inactividad, de tal forma que el ser sedentario se convierte en algo aversivo por tener que registrarlo constantemente (Lebow, 1983/1986).

Sea cual sea la opción de automonitoreo a seguir, es muy útil y es una herramienta valiosa para un buen tratamiento. Las opciones dependen mucho de cada paciente y cualquiera es válida siempre y cuando cumpla con su objetivo, además de que no solamente evalúan las conductas y pensamientos ya existentes, sino que ayudan a identificar que cambios está realizando el paciente y las técnicas que el mismo utiliza para llegar a realizar dichos cambios (Caballo, 1991; Blackburn & Kanders, 1994).

Por su parte Sarafino (1989) menciona que dentro de algunos programas más actualizados se ha encontrado que el paciente hace uso de computadoras portátiles para monitorear su actividad física y el consumo de calorías, además de la cantidad de kilogramos perdidos, lo cual permite llevar un control más exacto de los resultados y avances alcanzados.

3.3.3.3. El control de estímulos

Es posible modificar la ocurrencia de una conducta si se manipulan sus resultados, pero también se puede modificar si se manipulan los estímulos que la anteceden. La obesidad es un problema que está controlado básicamente por los estímulos que anteceden a la conducta de comer y que nos son los más adecuados. Por ejemplo, un estímulo antecesor muy influyente es la hora del día, ésta incluso se relaciona con el estado de hambre, el momento se transforma en una señal para realizar la conducta, incluso se le refuerza positivamente a la persona. El estímulo antecesor controla la ocurrencia de la conducta e indica cuando y en donde será reforzada.

Además del momento del día, el lugar también representa un estímulo antecesor muy fuerte ya que para la persona son señales de las consecuencias, por ejemplo si en un restaurante se probó una comida agradable es muy probable que la persona continúe comiendo en el lugar con mayor frecuencia. Las personas actuamos guiados por los tipos de señales que aprendemos de nuestro entorno (Blackburn & Kanders, 1994; Fernández & Vera, 1989; Lebow, 1983/1986).

Específicamente en lo que se refiere al tratamiento contra la obesidad es muy importante considerar este hecho, pero sobre todo indagar sobre cuáles son los estímulos que anteceden a la conducta alimenticia y si pueden ser modificables. En el tratamiento se enseña a los pacientes a eliminar el estímulo controlador que antecede a las conductas indeseadas y en su lugar adaptarse a otro estímulo antecesor que elicitue nuevas conductas que sean deseadas.

En primer lugar se recomienda que no haya comida alta en calorías y que sea deseable para el paciente, porque sólo el ver esos alimentos provoca que sean consumidos. También se recomienda que siempre se coma en un lugar específico de tal forma que únicamente ese lugar sea un estímulo antecesor aunque es muy difícil saber en realidad cuáles son los estímulos de control para cada individuo ya que cada persona reacciona a distintas señales.

Cuando se analizan con detalle los autorregistros del paciente se pueden identificar los hechos importantes que se relacionan con la conducta de comer. Los estímulos que preceden a la conducta de comer pueden ser modificados para realizar cambios a su vez directamente sobre la

conducta, y esto es el control de estímulos. Dicha técnica trata de modificar el ambiente en el que se presentan las conductas alimenticias. Como estrategias dentro del control de estímulos se pueden limitar la comida solamente a un espacio de la casa o trabajo elegido sólo para eso y no cualquier otro lugar, se debe establecer a la par un horario fijo de comida evitando que el paciente coma a cualquier hora del día y varias veces. Se recomienda también planear con anterioridad lo que se va a comer y no salir de lo que se ha previsto, si la persona obesa es la encargada de preparar los alimentos es mejor que lo haga cuando no tiene hambre, además de retirar de la vista del paciente todos aquellos alimentos con alto contenido en calorías (Blackburn & Kanders, 1994; Lebow, 1983/1986; Rossell & Saldaña, 1988).

Todas éstas recomendaciones se hacen al paciente con el fin de modificar situaciones en las que estén implicados estímulos antecedentes de la conducta de ingesta. Dichos estímulos se relacionan con situaciones como la compra de los alimentos, la forma de guardarlos, distribuirlos, la forma de prepararlos y sobre todo de consumir los alimentos. En las estrategias anteriormente mencionadas el paciente gradualmente aprende a tener control sobre sus conductas relacionadas con la ingesta, lo cual puede facilitar en gran medida la pérdida de peso y el mantenimiento de los logros alcanzados.

3.3.3.4. El establecimiento de metas

Un problema muy frecuente en el tratamiento para la obesidad es que muchas veces el paciente establece sus metas a alcanzar de forma perfeccionista mediante pensamientos muy disfuncionales por los cuales se desarrollan expectativas irreales. Al respecto, Caballo (1991) señala que cuando se inicia el tratamiento es necesario que los pacientes se planteen metas muy específicas en determinados periodos de tiempo, que por lo general sean cortos además de que las expectativas deben ser realistas.

Un ejemplo de dichas metas puede ser: el comer cada día solo los alimentos permitidos por el régimen llevado, realizar diariamente ejercicio por periodos mínimos de 15 minutos y asistir a la mayoría de las sesiones con el especialista. El establecer metas facilita la posibilidad de éxito del tratamiento.

Las metas a corto plazo son más efectivas que las que se plantean a largo plazo, además de que si se plantean metas más realistas como perder menores cantidades de peso, proporciona al paciente mayor motivación porque serán alcanzadas con mayor facilidad, ya que si se planean pérdidas de peso muy ambiciosas difícilmente se verán resultados como los esperados provocando en el paciente sentimientos de fracaso que en muchos casos lo llevan al abandono del tratamiento (Alvarez et al. , 1997; Blackburn & Kanders, 1994; Lebow, 1983/1986).

3.3.4. Técnicas de condicionamiento operante

Además de las técnicas de autocontrol en la terapia de modificación conductual, es necesario que el paciente reciba un fuerte apoyo externo y no sólo basarse en lo que él puede hacer por sí mismo. Una técnica muy utilizada para la modificación de conducta a este respecto es el condicionamiento operante. Dicho condicionamiento se refiere a la probabilidad de que una conducta ocurra si ésta es seguida de un reforzador.

Las técnicas operantes tratan ya sea de aumentar, disminuir o mantener determinadas conductas. Es necesario seguir una serie de pasos para utilizar las técnicas de condicionamiento operante. Lo primero es identificar la conducta o conductas que se quieren aumentar o disminuir, posteriormente se registran las conductas de forma objetiva estableciendo con anterioridad una línea base de donde partir. Se elige un programa adecuado para aumentar o disminuir las conductas identificadas, si el programa no muestra resultados en un determinado periodo de tiempo debe ser modificado parcial o totalmente. Finalmente se debe asegurar que el cambio de conducta se generalice, es decir que se presente tanto en la terapia como en el ambiente natural del paciente (Caballo, 1991).

En lo que se refiere al uso del condicionamiento operante en el tratamiento para la obesidad, se le da relevancia a lo que hacen las personas que rodean al individuo obeso en cuanto a la administración de los reforzadores para ayudarlo en un tratamiento para reducir su peso. En dichas técnicas es necesario indagar sobre los antecedentes, conductas y consecuencias de la problemática del paciente.

El condicionamiento operante centra su atención en las conductas operantes, que en una persona obesa pueden ser: las ingestas entre cada comida para calmar el hambre o “botanear”, comer a gran velocidad, el ver televisión muchas horas al día, utilizar el automóvil para recorrer distancias cortas, usar escaleras eléctricas o elevadores etcétera. Estas conductas se pueden modificar por otras que vayan a ser más adecuadas a la meta del paciente que es reducir su peso. En este caso, el terapeuta tiene un papel fundamental al tratar de hacer más frecuentes conductas deseables o en otras, palabras se trata de aumentar las conductas deseables y con esto también se logra que las conductas indeseables sean menos frecuentes y que se reduzca su ocurrencia. La persona en un tiempo comenzara a utilizar por ejemplo con menor frecuencia el automóvil para recorrer distancias pequeñas y en su lugar lo empezará a hacer caminando, igual ocurrirá con otras de sus conductas (Blackburn & Kanders, 1994; Lebow, 1983/1986).

El cambio resultará benéfico en la medida en que la meta de reducir el peso se vaya cumpliendo poco a poco. Es importante que el terapeuta contribuya contabilizando la cantidad de calorías que el paciente consume con conductas como la ingesta de botanas entre las horas de comida y la reducción gradual de dicha conducta a lo largo del tratamiento, para saber si realmente se está logrando una meta (Blackburn & Kanders, 1994).

3.3.4.1. Técnicas para incrementar la conducta

En el tratamiento de la obesidad lo que se busca es establecer algunas conductas deseables, es decir aquellas que beneficien la meta de reducción de peso y su mantenimiento. Una vez que se han establecido dichas conductas se trata de incrementarlas para que puedan sustituir a todas aquellas conductas no deseadas para el tratamiento. Para incrementar una conducta operante es necesario que se cambien sus consecuencias. El reforzamiento es la mejor técnica para lograr que una conducta aumente, dicho reforzamiento debe ser individualizado, ya que un reforzador efectivo para una persona no necesariamente lo es para otra.

El reforzamiento ya sea positivo o negativo sirve para inducir e incrementar conductas, mediante el reforzamiento negativo se evitan conductas desagradables, aunque no es muy recomendable el uso de reforzadores negativos, ya que el desagrado que provoquen en la persona

podría traer consigo una conducta emocional que interfiera con aquellas conductas que se están tratando de incrementar. Por otro lado, a través del reforzamiento positivo se consiguen conductas o premios contingentemente a la ocurrencia de la conducta deseada. Es recomendable que una conducta se divida en varios segmentos y reforzar al paciente al realizar cada segmento para aumentar la efectividad, aunque la desventaja de ésta última estrategia, es que no podría hacerse uso de un reforzador que tuviera que ser entregado a una hora determinada, por lo que se hace necesario encontrar un reforzador que pueda ser entregado en cualquier momento y sin dificultad como podría ser un elogio, aunque éste solo no resulta tener mucha fuerza como reforzador, por lo que es preferible que se acompañe de otros reforzadores que aumenten su fuerza como tal. Precisamente una desventaja del reforzamiento positivo es que se dificulta encontrar reforzadores suficientemente poderosos para producir una conducta deseada (Caballo, 1991; Lebow, 1983/1986).

Para utilizar cualquier tipo de reforzamiento es necesario antes que la conducta o conductas deseadas aparezcan, para lo cual también se utilizan determinadas técnicas como se verá en el siguiente apartado.

a) La producción de las conductas

La facilidad o dificultad para realizar una conducta depende mucho de la naturaleza de la misma y de las aptitudes del paciente en relación con la ejecución de dicha conducta. El método más simple para apoyar al paciente es la instrucción o “retroalimentación correctiva”, es decir que se le explica al paciente de que se trata con exactitud la conducta deseada, la cual debe ser muy precisa para que se le facilite al paciente la ejecución de la misma. Las conductas simples se explican en su totalidad, mientras que las conductas complejas se dividen en partes para ser explicadas con mayor facilidad. La información proporcionada se pueda dar ya sea por representación de papeles, discusiones individuales o grupales y grabaciones en vídeo. Se puede avanzar de una conducta a otras hasta que el paciente domina las conductas más simples y poco a poco avanza a las más complejas (Lebow, 1983/1986).

Otra técnica utilizada en la producción de conductas es el seguimiento de modelos o modelamiento. Esta técnica consiste en que el terapeuta muestre al paciente como se realiza una conducta, actuada con mucha claridad para que el paciente lo tome como modelo. El modelo es representado por el terapeuta y la representación puede ser de todo un episodio o solamente de una parte del mismo. Cabe señalar que la representación tiene más efecto sobre la persona cuando el modelo es del mismo sexo y de una edad similar al paciente, aunque muchas veces dentro de la terapia esto no es posible. También es importante señalar que entre más larga y clara resulta ser la exposición tiene mejores resultados. Una vez terminada la exposición, se le pide al paciente que imite la actuación del terapeuta y si lo hace de forma correcta se le refuerza, con esto aprende conductas nuevas o incrementa la complejidad de otra que ya ponga en práctica. Se puede avanzar a una siguiente etapa cuando el paciente ya domina las anteriores (Caballo, 1991).

Es importante que se den los pasos a seguir de una conducta poco a poco y que el paciente la vaya imitando hasta que se complete toda la conducta, de otra forma, si se le presenta una conducta compleja en su totalidad, el paciente podría pensar que es muy difícil lo cual será un impedimento para que se dé un verdadero aprendizaje. Cuando se ha imitado en su totalidad la conducta mostrada entonces el paciente obtiene un reforzador. En todo el proceso de modelamiento se deben de dar instrucciones verbales muy claras y de forma gradual, además de que no se le debe hacer creer al paciente que la conducta presentada como modelo es una forma totalmente correcta de actuar sino sólo una de muchas alternativas para conducirse en determinadas situaciones (Caballo 1991; Lebow 1983/1986).

Cuando el paciente adquiere y fortalece nuevos hábitos tanto de alimentación como de ejercicio físico se puede decir que realmente ha aprovechado un tratamiento conductual..

b) El reforzamiento negativo

Mediante el reforzamiento negativo un individuo aprende a emitir conductas que le evitan situaciones desagradables, si realmente logra evitar situaciones o acontecimientos aumentando algunas conductas es muy probable que pronto aprenda a aumentarlas. De ésta forma una persona que lleva tratamiento dietético y en un evento social los demás constantemente se burlan porque

no come como ellos, lo impulsarán a comer, de modo que mediante la comida evita las burlas siendo ésta conducta reforzada negativamente.

Por otro lado, si se sigue estrictamente el régimen alimenticio sin importar las opiniones el castigo serán las constantes burlas, y si la persona evita las burlas, el castigo será el subir de peso. Por tal motivo muchas de las personas obesas que se deciden a llevar un tratamiento dietético lo hacen a escondidas para evitar cualquier clase de comentarios.

En lo que se refiere al sustituir algunas clases de alimentos también es importante el papel que desempeña el reforzamiento negativo. Se le puede enseñar al paciente a evitar tener alimentos ricos en calorías que sean más tentadores, aunque muchas veces la familia no apoya mucho y comienza a reforzar el hecho de que consuma lo que consume el resto de la familia o si no obtiene el castigo de ser relegado poco a poco, esto ocurre mucho en el caso de los niños o adolescentes con problemas de obesidad. En algunos tratamientos de reducción de peso se utiliza de forma contraria el refuerzo negativo. Se le indica al paciente que si rompe una dieta esta violando una regla y su castigo será el no disminuir el peso, y así se le acelera la conducta de no violar la regla. De hecho se les enseña a los pacientes a autocastigarse con palabras ofensivas para sí mismos, y si quieren evitarse el ofenderse deben cumplir con el régimen alimenticio. Sin embargo en muchas ocasiones ésta técnica resulta contraproducente porque el paciente puede comenzar a creer que son verdad las frases autocastigadoras y aumentar en él sentimientos de fracaso conduciéndolo a episodios de gula o simplemente llevarlo a abandonar el tratamiento y precisamente una parte fundamental de la terapia es eliminar las frases autonegativas del paciente mediante la reestructuración cognitiva, por lo cual el reforzamiento negativo es muy poco recomendable (Lebow, 1983/1986; Sarafino, 1998).

c) El reforzamiento positivo

Debido a que no es la mejor opción utilizar los reforzadores negativos para el tratamiento contra la obesidad, es necesario fortalecer las conductas de cumplimiento con el régimen alimenticio. Para empezar, es necesario que se haga una lista de alimentos que se puedan

consumir aún fuera del hogar para que el paciente no se sienta relegado socialmente por no poder comer en un restaurante por ejemplo.

Una vez que se definen los alimentos que se deben comer en la dieta, el terapeuta debe desarrollar formas de registro y métodos para premiar y mantener los cambios realizados. Una forma es pedir al paciente que mentalmente registre, cuando sale a comer en compañía de un grupo de amistades, si pide una comida alta en calorías y que la llevó a pedirla, o por el contrario si pidió una comida ligera y por qué. Posteriormente el paciente hará el registro por escrito una vez que llegue a su casa. Todas aquellas ocasiones en las que el paciente cumplió con lo establecido en el régimen serán presentadas ante el terapeuta y serán reforzadas positivamente con muestras de halago, sin embargo no se puede saber con certeza si los registros del paciente son verídicos, al menos que lo acompañe una persona que pueda corroborarlo. Mediante el reforzamiento positivo, las conductas son incrementadas gracias a las consecuencias agradables de dichas conductas.

Existe otra clase de reforzadores que son aprendidos por el individuo a partir de sus experiencias vividas y que se relacionan con consecuencias muy poderosas. Dichos reforzadores son conocidos como reforzadores generalizados. Son reforzadores poderosos aunque no satisfacen necesidades fisiológicas y no necesitan privaciones específicas. Un ejemplo muy concreto es el del dinero, ya que con él se consiguen muchos reforzadores primarios y gustos. De igual forma la aceptación social es un reforzador muy fuerte y la mayoría de los individuos hacemos mucho por conseguirla, de ahí la importancia de que gran parte del tratamiento se realice con el apoyo de las personas cercanas al paciente o incluso mediante grupos de autoayuda, ya que cada miembro es reforzado continuamente por el resto del grupo (Fernández & Vera, 1989).

Al respecto Lebow (1983/1986) señala que en los programas conductuales algunas de las consecuencias más utilizadas son la comida y bebida, ya que juegan un papel importante a nivel social, independiente del papel que tienen como reforzador primario. Además, la comida agradable para cualquier individuo y por sí misma es reforzante. De hecho, en algunos programas se permite al paciente comer libremente el fin de semana después de seguir una rigurosa dieta por

toda la semana, sin embargo este método puede resultar contraproducente, ya que puede ser que el exceso de calorías consumidas el fin de semana no permita la reducción de peso deseada.

Por otro lado, también se pueden utilizar otros reforzadores positivos como dinero o elogios, que son reforzadores de tipo social y tangibles. En el caso de los tratamientos de obesidad en niños es de mucha ayuda utilizar puntos que pueden ser canjeables por juguetes.

También algunas actividades recreativas pueden ser utilizadas para incrementar las conductas deseadas. Estas son más utilizadas en el caso de los niños y algunas de las más comunes son correr y gritar. En el caso de los adultos se han llegado a emplear actividades como permitirle tener el control del televisor en el hogar, sentarse en una silla especial etcétera. Al respecto, Blackburn y Kanders (1994) y Sarafino (1998) señalan que en las terapias grupales también se ha hecho uso de actividades de tipo competitivo con otros integrantes del grupo que además de incrementar conductas fomentan la motivación del paciente para no abandonar la terapia.

Una vez que se han identificado los mejores reforzadores para el paciente, el terapeuta debe hacer contingente el hacer la conducta deseada y reforzarla, sin embargo, existen muy pocos reforzadores que puedan ser contingentes a una conducta. Si se refuerza con un buen paseo al término de una semana de dieta es un reforzador muy lejano que puede perder fuerza (Lebow, 1983/1986)

d) La retroinformación como reforzador positivo

En el caso de la obesidad el progreso del tratamiento y la pérdida de peso actúan como un fuerte reforzador. El reforzamiento constantemente es aplicado a lo largo del tratamiento y ayuda tanto a la adquisición de nuevas conductas como al aumento de aquellas conductas favorables que ya existían en el repertorio del paciente. El reforzamiento social es uno de los más fuertes como los halagos y el dar ánimo constantemente.

Una persona que se encuentra bajo dieta puede caer sin embargo en diferentes situaciones, algunos ven reforzados sus esfuerzos, otros pueden desesperarse y sentirse derrotados dejando el

tratamiento, mientras que otros pueden llegar a fracasar pero seguir insistiendo. En este sentido, la retroinformación de las propias acciones y la forma de verlas juega un papel importante dentro de cualquier tratamiento (Caballo, 1991).

Algunas fuentes de retroinformación pueden ser los registros de ingesta y pérdida de calorías. Si los pacientes constantemente son pesados y evalúan si se han acercado o alejado de su meta es más probable que logren resultados positivos porque se están autoevaluando, a diferencia de aquellos que no pueden notar sus cambios y que pueden aburrirse del tratamiento con mayor facilidad. No es posible sin embargo, que se pueda lograr una pérdida de peso que se note diariamente, es más probable que requiera de cierto tiempo para que se puedan observar los cambios, sin embargo, la retroinformación puede fortalecer conductas que no son notadas en el ambiente exterior.

Al respecto Lebow (1983/1986) señala que es importante resaltar las modificaciones en las conductas indeseadas, ya que es muy probable que los cambios se noten en la pérdida corporal de peso pero que ésta sea lenta, por lo cual cualquier cambio conductual debe ser reforzado casi inmediatamente porque si sólo se espera ver cambios físicos como la reducción de la talla, ésta será un reforzador lejano que probablemente en poco tiempo pierda su poder. Es importante que el terapeuta ayude al reforzamiento y que lo haga constantemente hasta que comiencen a verse cambios físicos.

La retroinformación proporciona la información necesaria sobre la ejecución de algunas conductas en particular. Esta siempre debe ofrecerse mediante comentarios positivos para que pueda ser efectiva. La retroinformación debe basarse siempre en las conductas y no en las personas, además de que debe ser muy detallada y basarse en todas aquellas conductas que han sido enseñadas a lo largo del tratamiento. Cabe señalar que no es muy recomendable que se dé la retroinformación sobre más de tres conductas al mismo tiempo (Caballo, 1991).

e) Aplicación de los reforzadores

Existen algunas formas de reforzar al paciente que hacen que los resultados en una terapia sean más efectivos y más duraderos. Al respecto, Fernández y Vera (1989) y Lebow (1983/1986) mencionan que hay algunas reglas a seguir en la forma de administrar el reforzamiento positivo que hace que un tratamiento pueda ser muy eficaz.

La primer regla es administrar los reforzadores con relación a la conducta deseada. Debe haber una relación entre una conducta deseable y el resultado, dicha relación debe especificarse cuando se inicia un tratamiento, es decir que el terapeuta debe aclarar cuáles son las conductas deseadas y cuales reforzadores positivos serán administrados cuando se observen cambios.

La segunda regla es administrar los reforzadores en un tiempo corto después de que el paciente ha presentado una conducta deseada. Cualquier persona encargada de administrar el reforzador ya sea que se trate del terapeuta o de algún miembro de la familia del paciente, debe ser contingente a la respuesta y no esperar a que pasen varios días o incluso semanas para que el paciente reciba el reforzador porque éste puede perder su fuerza y pronto ya no actuará como tal (Blackburn & Kanders, 1994).

La tercer regla es precisamente hacer uso de reforzadores poderosos. Es decir que sea de tal magnitud que realmente motiven al paciente a hacer algo para obtenerlos, porque si el reforzador no es atractivo para el paciente su conducta no tendrá cambios y si los hay serán muy pequeños. Por ejemplo, al principio si un paciente pierde mucho peso es un reforzador suficiente para continuar con el tratamiento, pero cuando poco a poco se estabilice y la pérdida de peso sea más ligera a medida que pasa el tiempo, el papel que ésta juega como reforzador empezará a debilitarse, entonces en esos momentos se requerirá de otro tipo de reforzadores, como salidas más frecuentes a lugares en donde el paciente se sienta a gusto o palabras de elogio ya sea del terapeuta o de la familia y personas cercanas (Lebow, 1983/1986).

Es importante que los reforzadores sean administrados con sinceridad, ésta es la cuarta regla. En el caso de aquellos reforzadores como los elogios, si el paciente percibe que se le administran

de manera fría o con poca seguridad el reforzador con seguridad perderá su fuerza. Es un requisito que el elogio sea dado de forma sincera. Se han llegado a dar casos en los que cuando un terapeuta le pide al paciente que lleve registros de su conducta y se le entregan, éste no los lee, y los archiva en presencia del paciente entonces no se informa de forma adecuada de los progresos que el paciente ha tenido, además de que es una forma de decirle al paciente que no son importantes sus registros, lo cual lo desanima a continuar. En tales casos es necesario leer los registros en presencia del paciente para que se le puedan administrar los reforzadores de manera contingente.

La quinta regla consiste en administrar los reforzadores de manera sistemática. Al respecto Caballo (1991) y Lebow (1983/1986) señalan que la administración sistemática de reforzadores se refiere a programar el reforzador en el curso del tiempo. La forma más efectiva de reforzar una conducta es haciéndolo cada vez que ésta se presenta, aunque también es importante reforzar el registro de todo lo que se refiere a la conducta alimentaria por lo menos cada semana, lo cual motivará también al paciente a continuar con los registros y a la vez él mismo se dará cuenta de sus avances y en que sigue cometiendo errores.

Cuando las conductas deseadas se van haciendo más fuertes se puede administrar el reforzador de forma intermitente, aunque esto resulta difícil porque no hay muchas formas de reforzamiento intermitente en la vida cotidiana del paciente.

f) Encadenamiento

Las conductas complejas se integran a través de secuencias que se repiten constantemente o cadenas de estímulo-respuesta. La conducta de comer es una serie de acontecimientos o conductas que están encadenadas entre sí y que concluyen con la ingesta. Dicha conducta se inicia con la masticación, que tiene como estímulo antecedente el poner un trozo de comida en la boca, la consecuencia de la masticación es el sentir el sabor de la comida, que es reforzante y es el antecedente a la conducta de tragar que a su vez antecede el hecho de colocar nuevamente un trozo de comida en la boca. Sin embargo, en el caso de las personas obesas en ocasiones la forma inadecuada de realizar la cadena completa de la conducta de comer produce efectos en la manera

en que los alimentos son aprovechados, en tales casos se recomienda hacer cambios en algunos elementos de la cadena de tal forma que se forme una nueva cadena que pueda traer más beneficios a un tratamiento para la obesidad.

Existen tres formas para enseñar una cadena conductual, el encadenamiento hacia delante, encadenamiento hacia atrás y la presentación de una conducta completa. Cada procedimiento consiste en dividir la cadena en cada uno de sus elementos, por ejemplo, el encadenamiento hacia adelante consiste en reforzar primero la ocurrencia del primer elemento, después la ocurrencia del segundo seguido del primero y así sucesivamente. En el encadenamiento hacia atrás se inicia con el último elemento, luego se refuerza el penúltimo seguido del último. En la presentación de la conducta completa se deben presentar todos los componentes de la cadena secuencialmente y todos son reforzados (Caballo, 1991).

En el caso de la conducta de comer, si la persona no ingiere otro trozo de comida hasta que ha tragado el anterior no será reforzada, así poco a poco reducirá su velocidad al comer, de la misma forma si se mastica correctamente la comida, y se refuerza también se dejará un mayor intervalo de tiempo entre cada bocado (Lebow, 1983/1986).

El cambio de elementos en la cadena de la conducta de comer es reforzado al paciente con la finalidad de que logre comer con más lentitud, algunas son el reducir la cantidad de comida que se toma con el tenedor o la cuchara, tragar la comida masticada antes de tomar otro bocado, hacer pausas en la comida por ejemplo platicando con la persona que lo acompaña y utilizar cubiertos en alimentos que se comen con las manos como hamburguesas o tortas.

3.3.4.2. Conductas deseadas

Las conductas deseadas son aquellas que ayudan a alcanzar las metas establecidas al principio del tratamiento y que son las que deben reforzarse constantemente. Algunas conductas que se recomienda reforzar y alcanzar son: dedicar tiempo para comer con calma y sin hacer ninguna otra cosa a la vez, preparar una lista antes de comprar la comida y no salirse de lo que en ella se planeó, y comer en un lugar determinado, si la persona en tratamiento es la encargada de servir

que lo haga para sí misma en último lugar y tratar de permanecer alejados de los lugares de la casa en donde se acostumbra comer.

Por otra parte se han recomendado algunas otras estrategias como comprar los alimentos en envases y cantidades pequeñas y prepararla sólo cuando se va a comer y la cantidad que previamente se programó. Si un paciente sigue éstas reglas probablemente perderá peso además de que modificando los pequeños malos hábitos probablemente el peso perdido no se recuperará.

El llegar a realizar éstas conductas depende mucho de cada paciente, sin embargo es importante que se le especifique al paciente cada una de las conductas a seguir, no basta con decirle que es lo que debe hacer para cambiar los malos hábitos alimenticios, es necesario que se le presenten al paciente algunas consecuencias reforzantes en el cumplimiento adecuado de cada una de las conductas, las instrucciones sin acompañamiento no son suficientes (Blackburn & Kanders, 1994; Lebow, 1983/1986).

En la terapia conductual se recomienda a los pacientes que coman más lentamente. Existen muchas formas para lograr que un paciente disminuya su velocidad al comer, una es masticar más veces cada bocado o utilizar con más lentitud el cuchillo y el tenedor.

Al respecto, Sarafino (1998) menciona que el aprender a comer más lentamente es una herramienta muy útil en el tratamiento para la obesidad. Si el paciente siente que al lograr esto comienza a tener autocontrol. Este hecho puede aumentar en gran medida su motivación para continuar con el tratamiento independientemente de si con esto consigue o no reducir su peso. Sin embargo, no se puede monitorear si el paciente continúa con las indicaciones para comer más lentamente cuando éste logro ya no le parece tan motivador.

Si el paciente reduce su velocidad para comer, probablemente consumirá menos alimentos lo cual también se puede considerar de utilidad terapéutica, aunque se ha señalado que si se reduce la velocidad para comer se puede aumentar el apetito además de que cuando el paciente coma podría sentirse insatisfecho, además de que se ha llegado a pensar que esto puede generar una mayor cantidad de grasas, sin embargo no hay evidencia de ello.

En algunas investigaciones se ha encontrado que el comer muy rápido sí aumenta la cantidad de alimentos consumidos ya sean sólidos o líquidos, además de que se incrementa la apetencia de alimentos consumidos después de comer tales como los postres.

Cabe señalar que la rapidez para comer es modificable bajo instrucciones muy específicas y que tales instrucciones ayudan a perder peso y a mantenerlo así por largo tiempo. Las conductas indicadas para modificar el tiempo y la forma de comer son uno de los muchos elementos que ayudan a cambiar los malos hábitos (Lebow, 1983/1986).

3.3.4.3. Técnicas para la inhibición de la conducta

La inhibición de la conducta se refiere a la posibilidad de que el paciente vaya emitiendo cada vez con menor frecuencia conductas indeseables para su tratamiento. El retardo se basa en el condicionamiento operante utilizando cinco tácticas: la estimulación aversiva, el costo de respuesta, el reforzamiento de otra conducta, buscar conductas incompatibles y la aplicación de reforzadores positivos como retardo.

La estimulación aversiva. A pesar de demostrarse que es eficaz trae consigo muchos problemas. El sujeto castigado recurre a tácticas para evitar lo que lo está castigando aplicándose en él un reforzamiento negativo. En terapia conductual la evitación no ayuda mucho al paciente.

El costo de respuesta. Cuando se intenta inhibir una conducta se presentan las consecuencias aversivas de tal forma que se retira algo agradable cada vez que el paciente efectúa alguna conducta no deseada para el tratamiento. Esto produce que poco a poco las conductas no deseadas se retarden cada vez más hasta desaparecer, aunque también se ha demostrado que dicha técnica no es muy funcional en el tratamiento de la obesidad, ya que si el paciente no disminuye su peso a pesar de que sigue correctamente las indicaciones puede perder el interés en el tratamiento (Caballo, 1991; Lebow, 1983/1986).

El reforzamiento de otra conducta. Este es un método de inhibición porque una conducta deseada que se ha incrementado mediante reforzamiento positivo compite con otra que es

prohibida, de tal forma que la conducta positivamente reforzada se hace más fuerte y obstaculiza a la no deseada. Una forma de aplicar éste método es primero identificar una conducta incompatible con la que se quiere inhibir y posteriormente reforzar la conducta incompatible para que pueda competir con la conducta no deseada.

Buscar conductas incompatibles. Esta técnica es muy similar a la anterior. Dentro de la terapia conductual se le enseña a la persona con sobrepeso a modificar su ambiente y se le pide que busque conductas incompatibles con la constante y excesiva ingestión de alimentos sobre todo entre comidas. Por lo general las conductas incompatibles son agradables por sí mismas para el paciente por lo que no necesitan ser reforzadas y lo distraen cuando pueda sentir el impulso de comer.

La aplicación de reforzadores positivos como retardo. Esta técnica consiste en que después de un intervalo de tiempo en el cual el paciente se comportó de forma adecuada se le entrega un reforzador positivo sin importar las acciones que haya realizado siempre y cuando no sean conductas indeseadas (Lebow, 1983/1986).

La aplicación de reforzadores positivos a menudo trae mejores resultados que los castigos además de que permiten al terapeuta motivar al paciente para que su actuación en la terapia sea más activa y duradera.

3.3.4.4. Los contratos

Los contratos constituyen una parte muy importante en los tratamientos de pérdida de peso. Se basan en acuerdos escritos que detallan la responsabilidad tanto del paciente como de todos aquellos que intervienen en el tratamiento, para hacer o dejar de hacer cosas en beneficio del mismo. Dentro del mismo contrato se señalan los reforzadores o alicientes que serán entregados al paciente si cumple con lo establecido.

Para algunas personas es muy difícil hacer compromisos a largo plazo para bajar de peso, ante tales casos se pueden hacer contratos renovables lo cual ayuda mucho a que el tratamiento tenga

éxito porque el paciente tiene expectativas de poco tiempo que son más fáciles de cumplir, además de que resulta más cómodo. El contrato renovable puede cambiar cada vez que el periodo de tiempo por el que se estableció termine y las especificaciones se adaptan a las necesidades del paciente aunque sí debe respetarse sin cambios por todo el tiempo por el cual se vuelve a establecer. El contrato no sólo incluye la responsabilidad del paciente sino también del terapeuta.

Por lo general los terapeutas o médicos realizan contratos para el control de peso por semanas, meses y en ocasiones por más de un año. Si el paciente cumple con lo que se estableció en el contrato, ya sea con el terapeuta o con un grupo de apoyo, éstos también deben cumplir con la recompensa establecida. Poco a poco se consigue que el paciente visite menos al terapeuta aunque éste debe recompensar a su vez más al paciente por sus éxitos logrados.

Los contratos son variables de acuerdo a sus objetivos, extensión y tipo de reforzador, en algunos contratos los reforzadores se administran diariamente, aunque este tipo de contrato funciona mejor en el tratamiento de la obesidad para niños (Fernández & Vera, 1989; Lebow, 1983/1986; Rossell & Saldaña, 1988).

a) Los contratos y las técnicas de terapia conductual

Es posible combinar los contratos con algunas de las técnicas utilizadas en la terapia conductual, de hecho esto es muy frecuente en el tratamiento para la obesidad. Algunos de los procedimientos utilizados en paquete sirven para que el paciente aprenda habilidades de autocontrol, muchas veces le permiten mantener los logros alcanzados por largos periodos de tiempo sin necesidad de seguir consultando al profesional, aunque todavía no hay muchas pruebas al respecto (Sarafino, 1989).

3.3.4.5. El apoyo de otras personas

Uno de los aspectos más influyentes en la conducta de los pacientes es su medio social, ya que es el que se encarga de reforzar todas sus acciones sean deseables para el tratamiento o no. Al respecto Blackburn y Kanders (1994) señalan que dentro del tratamiento para la obesidad es

importante modificar un poco el entorno del paciente a través de personas cercanas que puedan colaborar en el tratamiento. Con esto se busca que el paciente pueda mantener por más tiempo los beneficios obtenidos en la terapia. Los colaboradores pueden participar en tareas como: aplicar reforzadores, monitorear algunas acciones y dar algunas instrucciones.

3.3.5. Terapia cognitiva

Los programas conductuales también se han apoyado en la terapia cognitiva (TC), la cual fue desarrollada por Aron T. Beck hace aproximadamente tres décadas. Los primeros estudios de investigación sobre la terapia cognitiva se realizaron a finales de los años 70s enfocados hacia casos de depresión, por lo cual la terapia cognitiva se ha ligado mucho con ésta última, aunque han sido muchos los problemas en los cuales se ha empleado, tales como: la ansiedad, problemas interpersonales e ira, además de problemas clínicos tales como la obesidad entre muchos otros. En años recientes también se ha empleado en el área industrial, en actividades como el diseño de seminarios, talleres, manejo de estrés y habilidades de competencia social (Caballo, 1991).

El enfoque de la terapia cognitiva se basa en la relación existente entre teoría, investigación y práctica. Se conforma de una serie de supuestos básicos teóricos provenientes del modelo cognitivo. Al respecto Caballo (1991) y Caro (1997) indican que el modelo cognitivo resalta la habilidad del ser humano para obtener y procesar información de su medio ambiente y con base a ello formar representaciones mentales tanto de sí mismo como de su entorno, lo cual es básico para la adaptación. Dichas representaciones cognitivas sólo son significativas para el sujeto que las posee, ya que cada persona tiene distintas formas de vivenciar las mismas situaciones, por lo tanto no pueden ser generalizadas.

Las estructuras de asignación, o esquemas con las que cada individuo da significado a su realidad se elaboran a través de la interacción entre éste y su ambiente, es decir con base a sus experiencias personales.

El modelo de Beck se basa precisamente en los esquemas formados en cada individuo, el significado que el mismo individuo da a sus experiencias e interacciones es la base del

procesamiento de información obtenida. Los esquemas guían los pensamientos, sentimientos y conductas de una persona.

De acuerdo con el modelo cognitivo, un trastorno psicológico se presenta cuando el individuo forma esquemas idiosincrásicos, desadaptativos que por lo general son rígidos, concretos y radicales, mediante los cuales se procesa la información, de tal forma que se producen distorsiones en las cogniciones que traen consigo pensamientos irracionales y negativos. El individuo en tales casos tiende a centrarse en un detalle exclusivo de toda una situación generalmente un aspecto negativo dejando de lado cualquier elemento que resultaría positivo. Por otro lado, el individuo tiende a generalizar, es decir que elabora una conclusión a partir de un acontecimiento, y posteriormente dicha conclusión es aplicada a toda una serie de acontecimientos que podrían ser distintos. Además, la persona tiende a atribuirse culpas por cosas externas que no son precisamente provocadas por él mismo.

El modelo cognitivo señala que los individuos tienen una mayor tendencia a percibir de forma negativa el ambiente, y los sucesos que les ocurren, sobre esa percepción negativa se crea una disfunción emocional, de hecho se cree que las cogniciones desadaptativas son suficientes para crear un problema en la estructura de un individuo. Dicha facilidad para percibir de forma negativa el ambiente se desarrolla con base a experiencias pasadas que resultaron aversivas para el individuo y que lo pusieron en predisposición. Cuando una persona encuentra en alguna situación elementos parecidos a alguna otra que ya vivió y en la que tuvo una experiencia no muy satisfactoria los esquemas formados se activan creando nuevas cogniciones negativas (Caballo, 1991).

La cognición distorsionada tiene que ver con ideas muy radicales de todo o nada sin que la persona acepte opciones o puntos intermedios o metas alcanzables, de hecho esto es muy común en los pacientes con problemas de obesidad, ya que, las metas que se autoimponen son muy severas de tal forma que difícilmente las alcanzan, aumentando así el sentimiento de fracaso (Blackburn & Kanders, 1994; Campollo, 1995; Caro, 1997; Fernández & Vera, 1989).

La terapia cognitiva trata los problemas psicológicos a través de la modificación de esquemas o creencias disfuncionales rígidas e irracionales y el procesamiento de información inadecuado reemplazando éstos por esquemas más flexibles. Esta es estructurada y se limita a un determinado límite de tiempo. Dentro de la TC se utilizan técnicas de otros modelos y escuelas psicoterapéuticas, ya que no solamente se centra en las cogniciones, sino también en la modificación de conductas problema generadas por dichas cogniciones.

Lo primero a realizar en la terapia cognitiva es la identificación de las cogniciones que llevan a un problema psicológico. Posteriormente se identifican los problemas que en la actualidad se asocian con el problema psicológico del paciente y con base a esto se especifican metas a alcanzar mediante el tratamiento, con la finalidad de que se puedan desarrollar las estrategias más adecuadas.

Dentro del tratamiento en terapia cognitiva, se le debe informar al paciente de que se trata ésta y el modelo mediante el cual se guía. Se identifican los pensamientos y creencias disfuncionales en el paciente que le afecten en su vida cotidiana, una vez identificados se le enseña al paciente a tratarlos como hipótesis que todavía no son comprobadas para que él mismo pueda debatir sus creencias irracionales, es necesario que se le ayude al paciente a desarrollar creencias alternativas que sean más adecuadas a su adaptación con el medio, además de estrategias de afrontamiento que lo ayuden a dominar a sí mismo sus creencias inadecuadas. Todo este proceso se realiza tanto en la terapia como en tareas que el paciente debe de realizar en casa para que la terapia tenga mayor efectividad (Caro, 1997).

En el caso del tratamiento para la obesidad, la terapia cognitiva es un apoyo fundamental ya que por lo general, los pacientes dicho problema constantemente cargan con muchas culpas con respecto a su peso debido a toda una serie de esquemas o creencias disfuncionales que se han desarrollado con base a su interacción con el medio que les rodea. Puede ocurrir que una vez que los pacientes inician con el tratamiento, por algún motivo no respetan un régimen alimenticio, entonces las creencias rígidas y extremas traen consigo que las culpas aumenten, y de ésta forma lo que se dicen a sí mismos influye en sus futuras conductas (Lebow, 1983/1986).

Durante el tratamiento salen a relucir muchos otros mensajes interiores que influyen en el éxito o el fracaso del mismo. Por ésto es necesario realizar una reestructuración cognitiva en el paciente para cambiar algunos pensamientos negativos y absolutistas que intervengan en el resultado del tratamiento tales como: “no tengo fuerza de voluntad” “Soy horrible”, o tal vez otros que impidan un avance en el tratamiento como el creer que como toda la familia padece el mismo problema, se trae en los genes y no se puede hacer nada. En tales casos es recomendable iniciar la terapia automonitoreando los diálogos internos para ver si son realistas o sólo son autogcastigos sin fundamento real y a debatir con éstos. (Blackburn & Kandlers, 1994; Fernández & Vera, 1989; Lebow, 1983/1986; Sarafino, 1998).

Si una persona bajo tratamiento para la obesidad tiene un profundo sentimiento de fracaso basado en experiencias anteriores en las que no pudo perder peso, con mucha seguridad esas cogniciones lo programarán para que en su situación del presente le ocurra el mismo fracaso, y si logra un cambio es muy probable que también tenga recaídas.

Dentro del tratamiento de la terapia cognitiva para la obesidad se requiere que el paciente tenga una participación muy activa en conjunto con el terapeuta. Una forma muy común de trabajar dentro de dicha terapia es el autorregistro de los momentos en el que el paciente tiene lapsos de excesiva ingesta, y dentro del registro se da cuenta de la creencia que lo llevo al episodio, evaluar el grado de la creencia y su intensidad. A través de dicho registro realizado diariamente poco a poco el paciente logra un mayor control sobre sus pensamientos negativos, puede identificar la relación entre dichos pensamientos negativos y su conducta alimentaria, identificando así la situación o contexto que lo llevan a desarrollar episodios de gula, y así puede evaluar que tan fuerte es la necesidad de ingerir alimentos y que emociones se presentan antes y después de ingerirlos (Lebow, 1983/1986).

Una vez que el paciente ha identificado todos éstos aspectos se le recomienda disminuir y alejarse de los estímulos que lo llevan a la necesidad de sobrealimentarse, aumentar sus actividades para evitar el aburrimiento y disminuir la velocidad con la que se consumen los alimentos. Todas éstas actividades son algunas de las más recomendadas a lograr dentro del

tratamiento debido a que son las esenciales para un buen resultado, aunque el logro de cada una de dichas conductas debe darse paulatinamente.

La terapia cognitiva señala que existe una interdependencia entre la cognición, la fisiología y la conducta del individuo, por lo tanto, para tratar una disfunción es necesario conocer las causas y lo que ésta produce, sin embargo, se puede decir que aunque la terapia cognitiva, como su nombre lo indica se centra en las cogniciones, las técnicas que se utilizan dentro de la misma no son solamente cognitivas, es necesario hacer uso de otras técnicas conductuales para que el cambio sea integral. Dentro de la terapia cognitiva, el paciente puede modificar algunos pensamientos autoderrotistas que le impidan llevar con éxito el tratamiento, sin embargo esto por sí solo no implica un cambio en las conductas indeseadas para alcanzar el objetivo deseado, y se puede decir que un tratamiento tiene éxito hasta que los cambios pueden observarse conductualmente. Por tal motivo, es claro que la terapia cognitiva es básica en el repertorio del terapeuta para tratar dicho problema ya que trabaja tanto a nivel cognitivo como conductual (Caro, 1997; Caballo, 1991).

Los resultados de la terapia cognitiva generalmente son a largo plazo, sin embargo, el paciente puede enfrentar problemas que lo pongan en riesgo de tener recaídas, por tal motivo es necesario que el terapeuta le enseñe estrategias que le ayuden a sobrellevar problemas que se presenten, ya sea mientras lleva el tratamiento o después de haberlo terminado. Una técnica muy útil para tal fin es el entrenamiento en solución de problemas que se describirá en el siguiente apartado.

3.3.5.1. Entrenamiento en solución de problemas.

La resolución de problemas es un proceso cognitivo a través del cual un individuo comprende los problemas de la vida, tratando así de modificar la naturaleza del problema y su forma de reaccionar ante el mismo. Para resolver de forma adecuada un problema es necesario, primero aceptar que el problema existe, además de delimitarlo de forma precisa. Posteriormente, se buscan alternativas, se toman decisiones sobre una serie de soluciones propuestas y finalmente se ejecutan las soluciones tomadas, y se verifica si realmente se ha solucionado el problema (Caro 1997; Caballo 1991).

La técnica en solución de problemas ha sido utilizada en algunos trastornos conductuales y emocionales, mediante la incorporación de habilidades en solución de problemas para el tratamiento de los mismos.

Se comenzó a utilizar el entrenamiento en solución de problemas dentro de las intervenciones clínicas durante de la década de los 50s mediante un entrenamiento en habilidades sociales. En ésta época una conducta anormal era denominada como una enfermedad, debido a una falta de capacidad del individuo para funcionar eficazmente y una carencia de habilidades de competencia social, incluyendo las habilidades de solución de problemas. Posteriormente D'Zurilla y Goldfried en 1971 (como se cita en Caballo, 1991) publicaron un modelo de entrenamiento en habilidades en solución de problemas para ayudar al mejoramiento de la competencia social en general. A partir de entonces el entrenamiento en solución de problemas es utilizado en muchos problemas de tipo clínico, tales como: depresión, ansiedad, relaciones de pareja, alcoholismo y obesidad entre otras.

En el caso del tratamiento para la obesidad, el entrenamiento en solución de problemas es de mucha utilidad, ya que muchos de los pacientes llegan a ser obesos debido a que pueden tomar a la comida como una forma de escapar de toda una serie de problemáticas de su vida cotidiana por falta de habilidades para enfrentarse con los mismos, en tales casos, la obesidad no sería el problema a tratar en primera instancia, sino enseñarle al paciente estrategias para enfrentarse a situaciones conflictivas mediante el modelo de solución de problemas.

Desde el enfoque de la terapia de solución de problemas, un problema es definido como una situación de la vida que necesitan respuestas para una adaptación, sin embargo el individuo que presenta el problema no emite respuestas de afrontamiento eficaces debido a toda una serie de obstáculos, tales como incertidumbre, falta de recursos o simplemente porque es una situación novedosa y el individuo no sabe como enfrentarla. El problema se presenta cuando la realidad difiere de los objetivos deseados de la persona y puede ser tanto una situación única o una serie de situaciones que forman parte de la vida cotidiana (Caballo, 1991; Sarafino, 1998).

Los problemas no necesariamente se originan en el ambiente, ni dentro de la persona, más bien es una relación entre ambos que lleva a un desequilibrio entre las demandas del ambiente y la emisión de una respuesta adaptativa. Desde ésta perspectiva, una solución es precisamente una respuesta emitida que favorece el cambio de naturaleza de la situación problemática, además de que ayudan a que se generen otras consecuencias positivas.

Por otro lado, el afrontamiento de solución de problemas es una combinación de la búsqueda de soluciones adecuadas y la ejecución eficaz de dichas soluciones. Para que se pueda ejecutar una solución es necesario que además de tener capacidad para buscar soluciones, el individuo cuente con las suficientes habilidades de ejecución, que afronte inhibiciones emocionales y que tenga la suficiente motivación para hacerlo.

Es común que los seres humanos constantemente están solucionando problemas debido a que las demandas del ambiente y las complejas capacidades cognitivas así lo requieren, sin embargo es necesario que un individuo cuente con toda una serie de habilidades, para lo cual se requiere de cinco procesos componentes que interactúan entre sí para contribuir a la solución de una situación problemática o toda una serie de problemas en conjunto.

El primer componente es que la persona tenga una orientación hacia el problema, es decir que presente reacciones inmediatas tanto cognitivas como conductuales cuando se enfrenta por primera vez a una situación problemática para ella, que se basan en una serie de valores, creencias y suposiciones que la persona se ha formado con base experiencias pasadas. Dependiendo del tipo de experiencias pasadas de la persona será su forma de reaccionar, si éstas fueron positivas para ella, le será más fácil encontrar una solución adecuada, por el contrario si las experiencias han sido negativas probablemente la puesta en práctica de la solución de problemas será inhibida.

El segundo componente es la definición y formulación del problema que se refiere a la capacidad de definir y comprender un problema, y depende mucho de las creencias y los valores del individuo la magnitud con la que dicho problema se califique. La valoración del problema se

desarrolla con base a experiencias vividas en problemas que han presentado similitud con el actual.

El tercer componente es la generación de alternativas, y es hacer uso de todas las soluciones posibles hasta encontrar la más útil.

El cuarto componente es la toma de decisiones y es evaluar y elegir la mejor solución de todas las anteriormente elegidas. Y finalmente, se ejecuta la solución elegida y se evalúa su funcionamiento, lo cual constituye el quinto componente (Caro, 1997; Caballo, 1991).

El modelo en solución de problemas señala que las habilidades para solucionar un problema tienen su origen en las habilidades sociales que se han aprendido ya sea de las experiencias directas u observadas en otras personas, generalmente los padres y personas cercanas. Sin embargo, muchas personas no pueden afrontar problemas debido a que, no tienen las habilidades necesarias porque no las aprendieron, o porque si fueron aprendidas pero un estado emocional negativo no les permite ponerlas en práctica.

Al respecto Caballo (1991) señala que en tales casos, el entrenamiento en solución de problemas trata de ayudar a un individuo a identificar esos estados emocionales y sus causas, para tratar de disminuir los efectos negativos que éstos tienen y que le impiden aplicar las habilidades en solución de problemas que probablemente si ha aprendido. Posteriormente se le apoya para aumentar los intentos en solucionar problemas y hacer que poco a poco éstos vayan mejorando en cuanto a eficacia.

Es muy importante que se indague sobre las habilidades y capacidades que tiene un paciente para resolver un problema mediante una evaluación ya que muchas veces el paciente cuenta con los recursos necesarios para afrontar un problema pero simplemente le cuesta trabajo hacer uso de éstos, en tales casos se debe realizar una evaluación sobre la capacidad para poner en práctica la solución de problemas y el tratamiento se centrará no tanto en enseñar habilidades para crear alternativas, sino en desarrollar habilidades que le permitan al paciente hacer uso de las herramientas que ya tiene (Caro 1997; Caballo 1991).

La terapia en solución de problemas es parte del repertorio básico de los terapeutas cognitivo conductuales y ha sido empleada tanto con individuos como en terapias grupales para tratar diversos malestares emocionales. En los pacientes con problemas de obesidad, el modelo en solución de problemas disminuye aquellos problemas emocionales que interfieran con el aprendizaje de conductas deseadas para alcanzar un objetivo planteado, en este caso la pérdida de peso. Es por ello que cuando se está diseñando el tratamiento el terapeuta debe identificar cual es la mejor forma de llevar la terapia para llegar exitosamente al objetivo final.

Dentro del tratamiento para la obesidad, llega a ocurrir que los pacientes que están bajo el tratamiento se encuentran con una serie de dificultades para mantener los beneficios obtenidos y no saben como enfrentarse a dichas dificultades debido a que son situaciones novedosas o que ya habían vivido en cierto momento y no supieron resolver, cuando esto sucede, el entrenamiento en solución de problemas ayuda al paciente a desarrollar habilidades que le permitan afrontar tales dificultades.

Durante el entrenamiento los el terapeuta no sólo debe explicar cada componente del modelo sino explicar detalladamente como se utilizan, además de que debe ejemplificar con situaciones que se asemejen a la vida cotidiana del paciente.

Cuando se ha finalizado el entrenamiento el terapeuta también es encargado de continuar con el mantenimiento de los resultados, una estrategia puede ser dejar al paciente tareas para que pueda realizar en casa de tal forma tenga la oportunidad de aplicar de forma real lo que aprendió en la terapia fuera de las sesiones, para que poco a poco puedan aplicar todo el proceso completo en situaciones reales de forma satisfactoria (Caballo, 1991).

En muchos casos además de las técnicas cognitivo-conductuales también es de utilidad tomar como apoyo a los grupos de autoayuda, mediante los cuales se proponga al paciente un estilo de vida que sea más activo y participativo con otras personas que han pasado por situaciones similares a las suyas, lo cual proporciona al paciente la sensación de ser más útil y productivo mediante un aprendizaje social (Campollo 1995).

3.3.5.2. Grupos de autoayuda

El trabajo en los grupos de autoayuda dentro del tratamiento conductual tiene como finalidad que la persona obesa logre algunos aspectos tales como un sentimiento de aceptación, primero de él mismo y luego de su grupo social, evitar que la persona se aísle entendiendo que no es el único que padece ese tipo de problemas. Lograr un sentimiento de identificación a un grupo que no sea precisamente el de la familia, sino entre personas que tienen una meta común y que cada uno tiene sus métodos que funcionan y que puede compartir con el resto del grupo. Dentro del grupo el paciente puede intercambiar información y conocimiento sobre aspectos relacionados con el problema que presentan todos los integrantes del grupo (Campollo, 1995).

Existen muchas instituciones de grupos de autoayuda para personas con problemas de obesidad. Al respecto, Sarafino (1998) indica que uno de los más conocidos es Weight Watchers. Dentro de dicha agrupación se trata a las personas mediante el paquete del tratamiento conductual con las técnicas conductuales como el automonitoreo, además de que ahí mismo se le da información nutricional a los integrantes y conferencias de apoyo.

A pesar de que la investigación sobre el efecto de los grupos de autoayuda en los problemas de obesidad ha sido relativamente poca, sí se ha demostrado que el simple hecho de externalizar las emociones del paciente con un grupo de personas que padecen la misma problemática ha permitido un gran avance en personas con obesidad al igual que en otras agrupaciones como los alcohólicos anónimos o neuróticos anónimos y adictos a las relaciones destructivas entre muchos otros.

3.3.6. Resultados de los tratamientos para la obesidad

En los últimos años se han observado una serie de mejoras en los resultados de los tratamientos para la obesidad en general debido a una serie de factores, dentro de los cuales se encuentra: que los programas cada vez se han refinado más, además de que se han alargado permitiendo al paciente tener un mayor apoyo del especialista en el difícil proceso de la finalización del tratamiento, lo cual permite que la pérdida del sobre peso se mantenga hasta que

el paciente logra que sus nuevos hábitos alimentarios sean parte de su vida cotidiana de forma casi permanente.

Los tratamientos más empleados para tratar el problema de la obesidad han sido las dietas, la práctica de ejercicio físico, además de los fármacos, las cirugías y la terapia conductual, aunque la mayoría de la gente con problemas de sobrepeso recurre más a los fármacos y a las dietas porque es a lo que se tiene más alcance y se le da más promoción.

Las dietas resultan ser eficaces sobre todo si son de muy bajas calorías, sin embargo los efectos de las mismas son muy poco duraderos. Existen otras dietas menos rígidas que sí pueden ser efectivas y que sus resultados pueden mantenerse casi como los resultados de la terapia conductual. Al respecto, Fernández y Vera (1989) mencionan que el mayor problema en el tratamiento dietético es que durante la dieta el paciente se autoimpone la técnica del control de estímulos, es decir que el mismo trata de alejarse de comidas indeseadas, (que en este caso para el paciente serían deseadas), pero en cuanto pierde peso retorna al contacto con los estímulos anteriores. Por tal motivo son muy importantes las técnicas conductuales combinadas con una dieta no muy rígida, ya que el paciente aprende a controlar los estímulos haciendo cambios en sus hábitos alimenticios permanentes.

Por otro lado, el ejercicio físico beneficia a cualquier persona, no únicamente a aquellas con problemas de obesidad, aunque es importante saber si la persona no padece problemas fisiológicos que le impidan hacerlo. Las pérdidas de peso mediante el ejercicio físico sí pueden ser mantenidas por largos periodos de tiempo.

El tratamiento con fármacos puede tener efectos secundarios en la persona, además el peso se recupera una vez que el tratamiento se ha dejado, además requieren de mucha vigilancia ya que el automedicarse puede costar incluso la vida.

Actualmente se están haciendo investigaciones para encontrar fármacos que no produzcan reacciones secundarias y que además puedan mantener resultados más duraderos, sin embargo, esto todavía no es una realidad, y mientras las investigaciones avanzan los tratamientos

conductuales aunados con un régimen alimenticio adecuado y el ejercicio, continúan siendo las mejores opciones.

3.3.6.1. Eficacia de los tratamientos conductuales

Los tratamientos en terapia conductual además de que no produce efectos fisiológicos secundarios, permiten atacar el problema de la obesidad desde sus orígenes, y mediante éstos se pueden lograr cambios prácticamente permanentes. El abandono de la terapia conductual resulta ser menor al de los tratamientos dietéticos y farmacológicos. Esto se logra con mayor facilidad cuando la terapia se imparte trabajando en grupos, además de la realización de los contratos conductuales, los cuales parecen ser un fuerte motivador para que el paciente no abandone la terapia. Es cierto que la reducción de peso es lenta, pero esto puede garantizar que el peso no se recuperará rápidamente o tal vez que no se recupere. Esta es otra de las ventajas de la terapia conductual en comparación con otros tratamientos el mantenimiento de los logros es mayor, al menos se puede mantener por periodos mayores a un año, también es importante señalar que el mantenimiento posterior no depende sólo de la terapia, también es importante que el paciente regule su control en la alimentación y el ejercicio físico (Fernández & Vera, 1989).

Los tratamientos conductuales clásicos llegan a presentar ciertas deficiencias, como el hecho de no instruir y dar información nutricional al paciente, por lo que en los últimos años se ha intentado ofrecer el tratamiento en paquete como mencionan Blackburn y Kanders (1994) que incluyen el ejercicio físico, la información nutricional, la reestructuración cognitiva, apoyo social y la terapia individual. La combinación de todos éstos elementos es lo que realmente ha aumentado la efectividad de la terapia conductual y al mismo tiempo supera las ventajas que podría tener cada uno por separado. También se ha integrado al paquete la intervención del cónyuge, en el caso de personas adultas con pareja y se ha comprobado que dicho elemento ha tenido resultados muy positivos (Fernández & Vera, 1989).

3.3.6.2. Mantenimiento de los resultados

Para mantener resultados a largo plazo es muy importante el apoyo que se brinda después del tratamiento al paciente, ya sea del especialista, grupo de ayuda o incluso de la familia y personas cercanas. La persona obesa poco a poco logrará estabilizarse y hacer casi permanentes sus cambios de conducta siempre y cuando no se encuentre sola en la labor. Es necesario que un terapeuta conductual asesore e incluso refuerce cada conducta que se la logrado establecer en el repertorio del paciente. Se ha comprobado que aquellas personas que reciben apoyo durante por lo menos un año después de finalizar el tratamiento mantienen con éxito un alto porcentaje del peso perdido, aunque también se ha observado que los mejores resultados se obtienen mediante valoraciones anuales durante un periodo de aproximadamente cuatro años. Sin embargo este apoyo a largo plazo también tiene un costo tanto monetario como de tiempo que muchos pacientes no están en la posibilidad de pagar, en tales casos es muy importante el apoyo familiar aunque esto implique muchas veces que la dinámica familiar entera sufra modificaciones (Blackburn y Kanders 1994).

Por su parte Fernández y Vera (1989) mencionan que es muy importante el seguimiento de un tratamiento para mantener sus resultados. Dicho seguimiento debe de constar de ciertos elementos como el apoyo social, que se brinda sobre todo en los grupos de autoayuda, ya que el grupo es el principal apoyo cuando la persona siente que puede recaer.

Otro elemento importante es reforzar por un tiempo después de terminar el tratamiento las habilidades en solución de problemas, pero sobre todo que el paciente aprenda a identificar cuáles son las situaciones de riesgo para emplear sus habilidades adquiridas. Si el paciente tiene recaídas debe enseñársele que no es un fracaso total, sino que es una oportunidad para emplear de forma correcta sus habilidades adquiridas durante el tratamiento. Finalmente son importantes las reuniones programadas tanto con el terapeuta como con el grupo de apoyo (en los casos en los que el paciente se ha integrado a uno) durante por lo menos un año después de finalizar el tratamiento. De esta forma se aprovechan al máximo cada uno de los elementos integrados dentro de la terapia conductual.

3.3.6.3. Recaídas

Un problema muy común en los tratamientos para la obesidad es que los efectos no resultan ser muy duraderos. Las recaídas después de haber terminado el tratamiento para el control de peso son muy parecidas a las que ocurren en los tratamientos a adicciones como alcohol, cigarros o drogas y las razones por las cuales ocurren las recaídas también son similares. Es cierto que muchas personas que han recurrido a la terapia conductual logran mantener el peso perdido por al menos un año, aunque también es cierto que muchos pacientes no lo logran. Por lo general, después del tratamiento la gente tiende a recuperar el peso perdido, tal vez no del todo pero si un porcentaje. Al respecto, Alvarez et al. , (1997) mencionan que la recuperación del peso perdido puede deberse a razones fisiológicas como pueden ser: el metabolismo del paciente, su número de células grasosas, etcétera. Sin embargo, afectan más los factores de tipo social y conductual que hacen que el paciente no logre mantener el peso perdido.

Algunos de éstos factores pueden ser la falta de apoyo, que la persona sufra de otras adicciones además de la comida como al alcohol, que las mismas labores del paciente no le permitan realizar mucha actividad física, como el tener un trabajo de oficina con largas jornadas sentado. En el caso de las mujeres también puede darse el caso de embarazo que hace que la paciente aumente su peso.

Al respecto, Sarafino (1998) señala que es importante llevar un programa de control de recaídas con evaluaciones periódicas, ya que es muy frecuente que la persona recaiga debido a que sale a un medio ambiente que esta lleno de estímulos que le inducen a recurrir a sus anteriores conductas no deseadas, y en el cual abundan alimentos que no son favorables para mantener el éxito obtenido en la terapia. Es importante que no sólo el especialista valore constantemente la situación del paciente fuera de la terapia en su vida cotidiana, tratando de mantener las nuevas conductas aprendidas, sino que también es de vital importancia el apoyo de las personas cercanas y en algunos casos de algún grupo de autoayuda. Las personas que han logrado un tratamiento verdaderamente exitoso ha sido porque mantienen algún tipo de contacto con el terapeuta y con los miembros de los grupos de autoayuda, que en una situación en la que el paciente siente que puede recaer, con una llamada al grupo puede ser ayudado.

La mayoría de las personas que han reducido su peso no usan las formas más adecuadas para mantener la pérdida. El verdadero éxito consiste no en perder el peso, sino en mantenerlo y sobre todo cambiar permanentemente los malos hábitos alimenticios y continuar con los cambios adecuados en el estilo de vida.

3.3.6.4. Importancia del psicólogo en el éxito de la terapia conductual

Es muy importante el papel de cualquier especialista dentro del tratamiento para la obesidad, sin embargo, es determinante el desempeño del psicólogo para que el tratamiento sea llevado exitosamente, ya que en muchos casos la obesidad es el resultado de algún problema de tipo psicológico, por lo cual el paciente requiere del apoyo psicológico en todo el proceso, más aún si presenta recaídas. Si el paciente ya presentaba sentimientos de frustración y enojo antes de iniciar el tratamiento puede ser que en una recaída éstos se agudicen, es entonces cuando se requiere que el paciente establezca una buena comunicación y confianza con el terapeuta. Es importante mencionar que en una recaída el mismo especialista puede llegar a crear sentimientos de fracaso y entonces ya no se convierte en un apoyo para el paciente, sino en un vigilante (Blackburn & Kanders, 1994; Campollo, 1995).

Otro factor importante para el éxito de un tratamiento, sobre todo de tipo conductual, es el reforzamiento y la motivación que el paciente recibe. Es difícil para el terapeuta encontrar reforzadores positivos lo suficientemente poderosos, porque lo que es agradable para una persona puede no serlo para otra. Por tal motivo, es importante que el terapeuta indague sobre las cosas que pueden ser agradables para cada paciente. Los reforzadores primarios son muy fuertes y pueden acelerar cualquier conducta si a un individuo se le priva de ellos. Algunos ejemplos de dichos reforzadores pueden ser el agua, la comida, el sueño etcétera. Sin embargo de ninguna forma es ético privar a nadie de sus necesidades básicas, por tal motivo es casi imposible utilizar los reforzadores primarios (Lebow, 1983/1986).

Por otro lado, al terapeuta le corresponde hacer una evaluación del tratamiento, es decir que debe analizar si se alcanzaron las metas del paciente y si es que se cumplieron, evaluar si realmente fue gracias al tratamiento. Es necesario que el terapeuta realice de forma detallada una

revisión de los autorregistros hechos por el paciente para evaluar la evolución que se ha tenido paso a paso, esto a su vez resulta ser muy reforzante para el paciente porque sí considera que trabajo realizado en la terapia es tomado en cuenta y útil, ésto lo motiva a continuar realizándolo.

El especialista debe ante todo brindar apoyo emocional y ayudar a desarrollar una buena autoestima en el paciente. No se trata de que el paciente no mejore por falta de interés, eso debe estar muy presente en el terapeuta porque de lo contrario él mismo podría llegar a tener sentimientos de hostilidad hacia el paciente. La obesidad es un problema muy complejo, por lo que debe entenderse que el tratamiento es igual de complejo y requiere de mucha paciencia no sólo de quién la padece, sino del mismo especialista (Campollo, 1995; Fernández & Vera, 1989).

Muchos de los progresos alcanzados en el tratamiento para la obesidad han sido desarrollados por la terapia en modificación conductual que se ha venido sofisticando en los últimos años. Los tratamientos en terapia conductual y la participación del psicólogo dentro de éstos han sido una parte fundamental en muchos tratamientos para el control de peso.

El tratamiento conductual, sin embargo, ha sido impartido en forma de paquete que incluye además de las técnicas conductuales, la atención de grupos de autoayuda, la reestructuración cognitiva, la motivación para la práctica de ejercicio y el tratamiento dietético, además de información nutricional, lo cual en su conjunto resulta mucho más efectivo que los resultados que podría tener cada elemento por separado, además de que los resultados del tratamiento pueden ser a largo plazo, de hecho podrían llegar a ser permanentes, a pesar de que en el transcurso del mismo el paciente puede tener recaídas. En tales casos se cuenta con el apoyo del terapeuta y el grupo de autoayuda que resultan aportar resultados impresionantes.

La participación del psicólogo será importante dentro de cualquier tipo de tratamiento, siempre que existan conductas o variables que influyan en un padecimiento y que deban ser tratadas por éste ya que en algunos casos sólo el psicólogo dispone de los medios adecuados para tratarlas (Simón, 1993).

Desafortunadamente todavía no se le ha dado la suficiente promoción al tratamiento conductual, y a lo que más recurren la mayoría de los pacientes con el problema de la obesidad, siguen siendo las dietas y los fármacos ya que es a lo que se tiene mayor alcance.

CONCLUSIONES

A través de la revisión teórica realizada el presente escrito describe las características de la psicología de la salud y de la obesidad, incluyendo los distintos tratamientos utilizados para tratarla. Con base a lo anterior se puede afirmar que sí existe la suficiente información para conocer la gran variedad de tratamientos multidisciplinarios que se han desarrollado para tratar el problema de la obesidad.

Cabe señalar que todos los tratamientos presentan ventajas y desventajas, algunos resultan ser muy eficaces para atacar eficazmente el problema, aunque los resultados no son muy duraderos además de que pueden traer consecuencias negativas, mientras que otros parecen ser menos eficaces ya que no presentan resultados a corto plazo, aunque resultan serlo mucho más, porque los logros alcanzados pueden permanecer por más tiempo, además de que no provocan daños secundarios en la salud del paciente.

Lo importante es conocer las distintas opciones que existen y sobre todo que no son excluyentes entre sí, por el contrario, entre más disciplinas se encuentren trabajando en ello el resultado será mejor. Ningún tratamiento es mágico, y tanto el paciente como el profesional deben estar conscientes de que se trata de una larga y pesada labor que puede resultar tan satisfactoria como frustrante para ambos. Por tal motivo, es importante que el profesional esté lo más informado posible tanto del grado de complejidad del problema como de las mejores formas de tratarlo. Es muy difícil que un tratamiento por separado pueda hacer mucho en un problema de tal magnitud sobre todo porque la obesidad puede no ser lo que deba atenderse primero, sino que puede ser sólo un síntoma de algún otro padecimiento.

No se puede tomar a la obesidad como un problema simplemente de excesivo consumo de calorías, o de genética, de ser sólo eso sería mucho más sencillo de tratar. Por tal motivo el presente trabajo trató de describir a grandes rasgos muchos de los factores que intervienen en el problema de la obesidad, no sólo a nivel fisiológico, sino también a nivel social, cultural y psicológico y, con base a ello mostrar algunas de las muchas alternativas que en conjunto pueden arrojar resultados muy positivos. Cabe señalar que el trabajo del psicólogo es básico en el

tratamiento pasa la obesidad, independientemente de que se combine con cualquier otro tipo de tratamiento, debido a que muchos de los factores que intervienen en el desarrollo y padecimiento de ésta, son de tipo psicológico.

Algunas de las causas de la obesidad además del tipo de alimentos que se consumen, la forma en la que se consumen, los estímulos ambientales o los factores genéticos, también pueden ser otro tipo de problemas que no son tan evidentes para el paciente, tales como la carencia de habilidades de competencia social y de estrategias para enfrentar situaciones problemáticas. En tales casos, el individuo es propenso a compensar este tipo de carencias mediante algo placentero que se tenga al alcance con relativa facilidad, y la mejor opción es la comida. En tales casos la obesidad es el síntoma de otro problema, por lo cual es necesario que se trate el problema de origen, mediante el uso de la psicoterapia.

Por otro lado, es de vital importancia el trabajo psicológico dentro del tratamiento para la obesidad ya que en los últimos tiempos ésta ya no ha sido vista tanto como un problema de salud, aunque es cierto que de ésta se derivan problemas de salud importantes, sin embargo, el enfoque que se le ha dado ha sido más bien de tipo estético. Los medios masivos de comunicación se han encargado de promover el modelo de la delgadez como prototipo de belleza universal y venden la idea de que la persona delgada será aceptada y querida social y culturalmente, lo cual desarrolla en muchas personas metas poco realistas e irracionales. En la actualidad, los prototipos de belleza se basan en cuerpos con grados extremos de delgadez, ejerciendo una tremenda presión social ya no solamente en las personas obesas, sino también en aquellas personas con normopeso que por la influencia de los prototipos impuestos socialmente sienten ser obesas.

Esta presión es ejercida aún más en aquellas personas que si presentan problemas de obesidad, porque no sólo no entran en los estereotipos de “belleza”, sino que además llegan a ser rechazadas, el mundo parece no tener cabida para ellos, incluso es difícil encontrar ropa y transportes cómodos para ellos, ya que los espacios cada vez se reducen más.

Los tratamientos para el control de peso ya no son precisamente para atacar el problema de la obesidad, ya que ésta se ha distorsionado a tal grado que ahora, es común que una persona normal o con sobre peso ligero se empeñe en alcanzar el modelo que se le ha vendido con la idea de que es obesa. Esto llega a producir serias secuelas, tanto en la salud, ya que se consumen masivamente medicamentos que no están supervisados por especialistas y que no se adecuan a las necesidades de cada consumidor, además de que por otro lado tienen consecuencias de tipo psicológico, ya que al no alcanzar una persona la meta autoimpuesta y generalmente poco realista de alcanzar un prototipo que no se adecua a la estructura corporal de la mayoría de los mexicanos, resulta frustrante y desgastante.

El no entrar en los modelos de estética impuestos actualmente muchas veces es lo que llega a producir sentimientos de fracaso y de falta de voluntad, además de ayudar al desarrollo de la falsa idea de falta de aceptación, fealdad y sentimientos de culpa, lo cual puede recaer en malestares emocionales, que deben ser tratados psicológicamente, más que con tratamiento médico o dietético, ya que lo que realmente provoca un malestar emocional, puede ser no necesariamente el volumen y el peso del cuerpo de una persona, sino la forma en que dicha persona vivencia su condición.

Por otro lado, la obesidad no es vista como una enfermedad, sino como un vicio al que no se le da la importancia que realmente tiene, en ocasiones incluso puede parecer gracioso, el paciente puede ser encasillado como una persona con falta de voluntad, floja y sin intereses, además de considerar que muchas enfermedades crónicas son causa de este padecimiento provocando daños irreversibles. Cabe señalar que esta concepción no sólo la tiene la gente que rodea a la persona obesa, sino incluso los mismos profesionales que se encargan de atenderlo. Por esto, los comerciales en los medios de comunicación masivos que prometen resultados milagrosos en poco tiempo han tenido mucho auge aunque lo más probable es que solo logren que finalmente la persona tenga sentimientos de frustración y fracaso muy fuertes.

La obesidad es un problema que cada vez va en aumento en la mayoría de las sociedades y se convierte en algo común, lo cual es alarmante. Aunque lo más alarmante tal vez no son los daños

que dicho padecimiento provoca a nivel fisiológico, sino las secuelas emocionales que puede traer y que marcan gravemente la autoestima y el amor propio de quien llega a padecerlo, llevando a la persona a tomar medidas extremas que atentan contra la vida aún más que la obesidad.

Por todo lo anterior parece de vital importancia que cada vez más profesionales en el campo de la psicología estudien a fondo las causas el problema de la obesidad, sus componentes y la mejor forma de tratarlo, en conjunto con especialistas de otras áreas. Efectivamente, sí existe información sobre los distintos tratamientos multidisciplinarios par atacar el problema, aunque desgraciadamente no se encuentran al alcance de la mayoría de la gente, por tal motivo, el profesional, especialmente el terapeuta debe estar lo suficientemente preparado para dar información detallada al paciente, ayudarlo a tener expectativas realistas y conscientizar que, a pesar de que se tiene un problema serio, del cual no es culpable, existen diversas alternativas cuyos resultados no son inmediatos, pero que si son muy efectivos y que el éxito radicará no solamente con la reducción de peso, sino con un cambio de actitud en torno a los problemas de sobrepeso. Sobre todo es necesario hacerle ver al paciente que no se encuentra solo, y que en el difícil proceso que atravesará puede contar con un apoyo que le hará notar cualquier tipo de éxito obtenido y sin importar si existen recaídas, se puede seguir siempre por el camino de la recuperación, recuperando la confianza en sí mismo y en su capacidad de decisión, esto puede resultar no sólo satisfactorio para el paciente sino también para el profesionalista.

Finalmente, lo más importante no es saber si existe o no, información sobre el padecimiento y sus formas de tratarlo, sino tener dicha información y como profesional de la salud, emplearla aunque en el mejor de los caos es brindarla al paciente para que sea él quien realmente elija y se comprometa consigo mismo a asumir el compromiso de elevar su calidad de vida.

REFERENCIAS

Alvarez, H. J., Monereo, M. S. & Moreno, E. B. (Eds.) (1997). Obesidad: Presente y futuro. Madrid, España: Grupo aula médica.

Amigo, V. I., Fernández, R. C. & Pérez, A. M. (1998). Manual de psicología de la salud. Madrid, España: Pirámide.

Ballester, A. R. (1997). Introducción a la psicología de la salud: Aspectos conceptuales. Valencia, España: Promolibro.

Beneit, M. P. & Latorre, P. J. (Eds.) (1994). Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina, Buenos aires: Lumen.

Blackburn, G. L. & Kanders, B. S. (comp.) (1994). Obesity: Pathophysiology, psychology and treatment. [Obesidad: Fisiopatología, psicología y tratamiento]. Nueva York, NY, EE.UU.: Chapman & Hall.

Brannon, L. & Feist, J. (1997). Health Psychology: An introduction to behavior and health. [Psicología de la salud: Una introducción a la conducta y la salud]. (3rd. Ed.) Belmont, California, EE.UU.: Wadsworth.

Bushman, J. B. (1998). Effects of warning and information label on consumption of full-fat, reduced-fat, and not fat products. [Efectos del nivel de advertencia e información sobre el consumo de comida alta en grasa, baja en grasa y productos dietéticos]. Journal of applied psychology. 83 (1), 97-101.

Caballo, V. E. (Comp.) (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid, España: Siglo veintiuno.

Casillas, O. E. & Vargas, L. A. (1980). Cuadros de peso y talla para adultos mexicanos. Arch. Invest. Méd. México. (11) p. 157-174.

Campollo, R. O. (Comp.) (1995). Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa.

Caro, G. I. (Comp.) (1997). Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona, España: Paidós

Cordero, A. R. (1999). Obesidad y autoestima. México: McGraw- Hill Interamericana.

Fernández, S. M. & Vera, G. M. (1989). Prevención y tratamiento de la obesidad. Barcelona, España: Martínez Roca.

Gorgan, S. (1999). Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children. [Imagen corporal: Entendiendo la insatisfacción corporal en hombre, mujeres y niños]. Londres & Nueva York: Routledge.

Jordan, H. A. & Storlie, J. (Eds.) (1984). Evaluation and treatment of obesity. [Evaluación y tratamiento de la obesidad]. Illinois, EE.UU.: Life Enhancement.

Lebow, M. D. (1986). Obesidad infantil: una nueva frontera de la terapia conductual. (J. Piatigorsky Trad.). Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Trabajo original publicado en 1983).

Lucio, G. E. & Palacios, V. J. (comp.) (1993). Psicología de la salud: Memorias 1er Congreso internacional de psicología de la salud. México, D.F.: UNAM.

Morales, C. F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Pitts, M. (1996). The psychology of preventive Health. [La psicología de la salud preventiva]. Londres: Routledge.

Radmacher, S. A. & Sheridan, C. L. (1992). Health psychology: Challenging the biomedical model. [Psicología de la salud: Desafiando al modelo biomédico]. Nueva York, EE.UU.: Wiley.

Raich, R. M. (2000). Imagen Corporal. Madrid, España: Pirámide.

Riding, A. (1986). Vecinos distantes: un retrato hablado de los mexicanos. (P. Mascaró Trad.) México: Planeta. (Trabajo original publicado en 1984).

Rodríguez, O. G. & Rojas R. M. (Eds.) (1998). La psicología de la salud en América Latina. México: Facultad de psicología UNAM.

Rossell, R. & Saldaña, C.. (1988). Obesidad. Barcelona, España: Martínez Roca ediciones.

Sarafino, E. P. (1998). Health psychology: Biopsichosocial interactions. [Psicología de la salud: Interacciones biopsicosociales]. EE.UU.: Jhon Wiley and sons inc.

Simón M. A. (Ed.) (1993). Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid, España: Pirámide.