



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

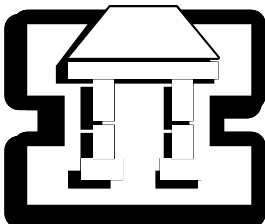
**“CONDUCTAS DE RIESGO Y CALIDAD DE VIDA
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
OBESOS DE LA FES-IZTACALA”**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
IBÁÑEZ RANGEL ALMA DENISSE**

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. MA. REFUGIO RÍOS SALDAÑA**

**ASESORAS:
MTRA. NORMA YOLANDA RODRÍGUEZ SORIANO
MTRA. MARÍA ARACELI ÁLVAREZ GASCA**





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.

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1. PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD	8
1.1. Antecedentes	8
1.2. Definición	11
1.3. Contribuciones de la Psicología de la Salud	13
1.4. Funciones del psicólogo de la salud	15
1.5. Profesionales de la salud: trabajo multidisciplinario	18
1.6. Enfermedades Crónicas	19
1.7. Problemas Físicos asociados a las enfermedades crónicas	21
1.8. Emociones ante una enfermedad crónica	22
CAPITULO 2. OBESIDAD	25
2.1. Definición del concepto de obesidad	25
2.2. Antropometría de la obesidad	27
2.3. Tipos de obesidad	29
2.4. Factores relacionados con la obesidad	30
2.4.1. Factores Psicológicos	31
2.4.2. Factores Biológicos	33
2.4.3. Factores Socioculturales	36
2.5. Modelos Explicativos	39
2.5.1. Modelos Biológicos	40
I. Modelo del punto de partida	41

II. Modelo de etapas críticas	41
III. Modelo neuro-químico	42
IV. Modelo evolutivo	44
2.5.2. Modelos sociales	45
I. Modelo del Incentivo Positivo	45
II. Psicología de la Salud	46
2.6. Patógenos conductuales implicados en el desarrollo de la obesidad	49
2.6.1. Vida Sedentaria	49
2.6.2. Hábitos Alimentarios	51
2.6.3. Dietas	51
2.7. La obesidad como riesgo de otras enfermedades	53
2.7.1. El síndrome de Apnea Obstructivo del sueño	53
2.7.2. Cáncer	54
2.7.3. Diabetes Mellitus	55
2.7.4. Endocrinas	55
2.7.5. Cardiovascular	56
2.7.6. Riesgo quirúrgico	57
2.7.7. Problemas Ortopédicos	57
2.8. Epidemiología en jóvenes mexicanos	58
2.8.1. Aspectos psicológicos en jóvenes obesos	59
CAPITULO 3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CDVRS)	69
3.1. Antecedentes y definición del concepto	69
3.2. Calidad de Vida en pacientes con obesidad	73

3.3.	Instrumentos de Evaluación de Calidad De Vida	78
3.3.1.	Evaluación de la Calidad De Vida Relacionada con la Salud (CDVRS)	82
CAPITULO 4.	REPORTE DE INVESTIGACIÓN	89
4.1.	Justificación	90
4.2.	Objetivo General	90
4.3.	Objetivos Particulares	91
4.4.	Hipótesis de Investigación	91
4.5.	Diseño y tamaño de la muestra	92
4.6.	Criterios de inclusión	92
4.7.	Criterios de exclusión	93
4.8.	Material	93
4.9.	Instrumento	93
4.10.	Definición de variables	94
4.11.	Procedimiento	98
CAPITULO 5.	RESULTADOS Y ANÁLISIS	100
	CONCLUSIONES	124
	REFERENCIAS	125
	APÉNDICE Y ANEXOS	137

RESUMEN

El presente reporte de investigación se desprende del proyecto general denominado "Detección de patógenos conductuales y enfermedades crónico degenerativas en estudiantes de la FES-Iztacala", con apoyo de PAPIME con número de registro: EN201604. La enfermedad crónica que se abordó para esta investigación fue la Obesidad. El presente reporte tuvo como finalidad coadyuvar en la identificación de conductas de riesgo que presentan los universitarios que se reportaron como obesos en el Examen Médico Automatizado (EMA) y con este mismo instrumento indagar sobre su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CDVRS); de igual modo se buscó relación con el rendimiento académico. Para esto se contó con una muestra de 279 alumnos que se reportaron con Obesidad (13%), con una media de 18 años y DE de 3.5, de los cuales 197 fueron mujeres y 82 varones. Con el apoyo del Departamento de Desarrollo Académico de la FES-Iztacala se identificaron 216 historias académicas de éstos alumnos para dar cuenta del rendimiento académico. Entre los resultados más importantes que se obtuvieron fue que las Conductas de Riesgo correspondientes a estrategias para bajar de peso incluyen: Laxantes (161), Dietas frecuentes (108), Ejercicio excesivo (76), dejar de comer un día o más (36), Pastillas especiales (29), Diuréticos (21) y Vomito (13). En cuanto al género el número de casos en mujeres (197, 70.6%) fue mayor que en los varones (82, 29.3%). Con respecto al rendimiento académico el promedio escolar fue de 7, la mayoría es regular, sin embargo llama la atención que la deserción escolar fue poco más del 10%. Con base en los indicadores biológicos, psicológicos y sociales, sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CDVRS) se concluye que en términos generales es percibida por los estudiantes como buena. Lo cual no resta importancia al número de casos en los que la CDVRS está realmente deteriorada, de manera que surge la necesidad de desarrollar programas de intervención que fomenten una mejora en la percepción de la CDVRS. De este grupo en particular, se encontró la presencia de otras enfermedades junto con la obesidad, la que más se presentó en los jóvenes fue la

presión arterial alta (47). Así también, un dato muy importante que se reporta en esta investigación fue que el principal factor facilitador de obesidad no se centró en los antecedentes heredo-familiares debido a que el mayor número de casos (85) reportó que ninguno de sus padres tenía obesidad. Lo que confirma que esta obesidad es en mayor medida desarrollada por conductas de riesgo, estilo de vida, factores psicológicos y de índole social; lo que pone de manifiesto que en el terreno de la obesidad los psicólogos de la salud tienen un reto a vencer y un campo fértil para actuar. De la misma manera, se confirma la presencia de problemas emocionales importantes en estos jóvenes como son la depresión, ansiedad y estrés.

Palabras claves: Obesidad, Conductas de riesgo y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Este proyecto contó con el apoyo de PAPIME y de la Dirección General de Servicios Médicos quien proporcionó datos sobre el Examen Médico Automatizado.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el patrón característico de enfermedades actuales manifiesta un índice ascendente de las llamadas enfermedades crónico degenerativas, que hasta hace algunos años, se consideraban propias de la población adulta; no obstante, resulta alarmante la incidencia generalizada hacia edades cada vez menores, observándose con mayor frecuencia en niños y jóvenes.

La creciente importancia de la intervención psicológica en la prevención de trastornos en cuyo origen la conducta juega un papel fundamental como por ejemplo, los trastornos alimentarios, la obesidad, diabetes, el cáncer, trastornos cardio-vasculares, el Sida, y otros tantos; encuentran en la intervención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996). En relación con las enfermedades crónico degenerativas, hay un área de la psicología enfocada a la salud; la psicología de la salud, producto del creciente convencimiento de que tanto la promoción de la salud como la prevención y el tratamiento de las enfermedades pueden enriquecerse con los conocimientos científicos y técnicos de la psicología. Matarazzo (1980 en Becoña y Vázquez, 1995a) la define como “la suma de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, tomando en cuenta los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas”. Siendo así, se interesa en investigar procesos psicológicos que intervienen en el estado de salud, en el riesgo a enfermar, en la condición misma de la enfermedad, en la recuperación, en las circunstancias en las que se prestan los servicios de salud, lo que se expresa en un modelo que incluye estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención a los enfermos y personas con secuelas, así como adecuar los servicios de salud a las necesidades de quienes los requieren (Catalayud, 1999).

Esto último ha posibilitado plantear nuevos conceptos en psicología de la salud: patógenos e Inmunógenos conductuales. De acuerdo con Matarazzo (1984, citado en Becoña y Vázquez, 1995b) los primeros son aquellas conductas que nos hacen más susceptibles a enfermar, como fumar, tomar alcohol, malos hábitos de alimentación, sedentarismo, pocas horas de sueño, etc. Los Inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo de enfermar: dormir de 7 a 8 horas diarias, no saltarse comidas y llevar a cabo una alimentación adecuada, mantener el peso corporal indicado, practicar alguna actividad física regularmente, beber moderadamente y no fumar.

Actualmente se acepta que en el campo de la salud se encuentren trabajando psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos y otros profesionales. Recientemente el trabajo multidisciplinario en el área de la salud consiste en definir y clarificar líneas de acción en diferentes niveles preventivos, con el propósito de coordinar las acciones, optimizar recursos y evitar duplicidad de esfuerzos.

Las estadísticas para la Zona Metropolitana, reportan que entre las diez principales causas de muerte en la población de 15 a 29 años (adolescentes y adultos jóvenes), se encuentran los tumores malignos (7.75%), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (3.9%), enfermedades del corazón (3.4%), Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (2.5%), Insuficiencia Renal (2.1%) y la Diabetes Mellitus (DM) (1.8%). Esta última con una tendencia ascendente en los últimos años. Es pertinente mencionar otras enfermedades que representan un problema de salud pública, tal es el caso de la Hipertensión arterial sistémica, la obesidad, las dislipidemias y enfermedades isquémicas del corazón. Estos datos resultan alarmantes sobre todo si consideramos que la población que conforma la República Mexicana es menor de 30 años de edad en casi el 50% (INEGI, 2004).

Hoy por hoy la obesidad representa un grave problema de salud pública y un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones cardio-vasculares,

cerebro-vasculares, metabólicas y cáncer, entre otras. Además de repercutir en diferentes dimensiones del ser humano, especialmente en el aspecto biológico, el psicológico y el social, mermando la calidad de vida de las personas que la presentan. Considerada como una enfermedad crónico-degenerativa, en la que ocurre una acumulación excesiva de grasa corporal. No obstante, en los últimos años, ha despertado gran interés el estudio de la *Calidad De Vida Relacionada con la Salud (CVRS)* como un complemento importante en la valoración integral del paciente obeso.

Lo anterior hace pensar que para hacer frente a este problema, se debe prestar mucha atención a diversos factores que bien pueden ser detonadores, predisponentes e incluso que mantengan a una persona en la obesidad.

El problema de comer en exceso en personas obesas o con sobrepeso ha sido ampliamente documentado, al respecto Berrocaal y Ruiz (2002) y León, Kai y Cruz (2002) indican que estas personas se caracterizan por la sensación de descontrol y dependencia, la tristeza, la depresión, el enojo constante, los miedos y las ansiedades son algunos de los factores del problema de la obesidad. De igual manera la genética puede ser un determinante más (Papazian, 1999; citado en Aburto, 1999), debido a que el 80% de los hijos de padres obesos son obesos, el 40% de los hijos de un matrimonio lo son cuando uno de la pareja es obeso y solo el 10% de las personas son obesas cuando ninguno de sus padres lo es (Infante, 1993 en Villaroel y cols., 2001). Investigaciones realizadas por ENSA (2000) sugieren que la obesidad es más frecuente en mujeres que en hombres. Otro factor importante probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad es la actividad física reducida. Los hábitos alimentarios aprendidos durante la infancia influyen los hábitos del adulto (León, 2001).

En una sociedad que enfrenta decisiones terapéuticas para valorar estrategias más eficaces, el factor Calidad De Vida resulta importante cuando además de una mejoría biológica se pretende un incremento en la adaptación del

paciente a la enfermedad (Jordi, 2005). Con lo cual se suma un concepto relativamente nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CDVRS), muchos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad o padecimiento, de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Tanto la percepción general de salud como la vitalidad, el dolor y la discapacidad pueden ser influenciadas por las experiencias personales y las expectativas de una persona (Aaronson, 1991).

Este trastorno de la alimentación está alcanzando cifras alarmantes, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, afectando a niños y adultos. Se reporta que en México más del 50% de la población de adultos y casi un tercio de niños y niñas tienen sobrepeso y obesidad; además de que los porcentajes de estos trastornos están incrementando en personas de cada vez menor edad (Díaz, 2008).

Tal incremento en las cifras de obesidad justifica la relevancia de realizar investigaciones en torno a ella. Realizarla en jóvenes universitarios resulta fundamental en la medida de que trastornos semejantes pueden afectar el proceso académico y la calidad de vida de quienes la presentan. Las carreras que se imparten en la FES Iztacala están orientadas hacia la formación de profesionales en áreas ligadas a la salud, resulta necesario que sus estudiantes culminen exitosamente sus estudios y en condiciones óptimas de salud y calidad de vida.

Por tal motivo en la presente investigación, en el capítulo uno se realiza una breve descripción de los antecedentes de la psicología de la salud, su definición, sus contribuciones al área de la salud, así como también las funciones del psicólogo de la salud, la importancia del trabajo multidisciplinario, y por último se abordarán aspectos básicos sobre las implicaciones de la enfermedad crónica.

El concepto de obesidad es realmente complejo. Las respuestas que han aportado diversos investigadores e instituciones encargadas de la salud ante la pregunta ¿Qué es la obesidad?, varían según cánones teóricos y sociales; ninguna definición de obesidad se basa exclusivamente en solo un aspecto para determinar que está presente en una persona. En el capítulo dos se citan algunas definiciones del concepto de Obesidad, métodos para determinar el grado y distribución de la misma, tipos de obesidad, principales factores vinculados con la obesidad, conductas implicadas en su desarrollo, enfermedades con las que se le relaciona, así como un breve panorama en cuanto a cifras de jóvenes mexicanos que la presentan actualmente.

La Calidad De Vida comprende diversos niveles en los que se requiere que sea el sujeto quien proporcione un juicio tanto subjetivo como objetivo sobre sus experiencias y expectativas en los distintos rubros de su vida actual, y en base a dicha evaluación puede llegar a determinar si su Calidad De Vida es positiva o negativa. El capítulo tres, versa sobre las definiciones más significativas sobre el constructo Calidad De Vida, así como de sus antecedentes, de igual forma retoma algunas investigaciones realizadas en torno a la calidad de vida de los jóvenes con obesidad, finalizando con la utilidad de los instrumentos para evaluar Calidad de Vida.

A lo largo de los tres capítulos anteriores se planteó el marco teórico que sustenta esta investigación, la definición del trastorno crónico, sus complicaciones y repercusiones en la salud de quien la presenta, entre otros aspectos importantes. En el capítulo cuatro se muestra el análisis y los resultados obtenidos en esta investigación; para ello se retoma el objetivo general del proyecto de investigación especificando la fase en la que se inserta este reporte; los objetivos particulares planteados para el mismo, las hipótesis propuestas; continuando con la metodología empleada (características de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, escenario, materiales, definición de variables). Finalmente está el apartado dedicado a la conclusión de los mismos.

CAPITULO UNO

PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La psicología aplicada a la salud es una nueva rama de la psicología, surge debido a una serie de cambios en la historia de la atención a la salud lo que refuerza el creciente convencimiento de que tanto la promoción de la salud como la prevención y el tratamiento de las enfermedades pueden enriquecerse con los conocimientos científicos y técnicos de la psicología. Así mismo surge porque se considera que la enfermedad no es causada únicamente por agentes patógenos, sino que una buena parte de las enfermedades se posibilitan por los comportamientos de las personas, como el hábito de fumar, el abuso de drogas y alcohol, el comer en exceso, tener malos hábitos de alimentación, la falta de ejercicio, entre otros, son algunos de los factores del comportamiento que propician enfermedades graves.

En el presente capítulo se realiza una breve descripción de los antecedentes de la psicología aplicada a la salud, su definición, sus contribuciones al área de la salud, así como también las funciones del psicólogo de la salud, la importancia del trabajo multidisciplinario, y por último se abordarán aspectos básicos sobre las implicaciones de la enfermedad crónica.

1. 1. Antecedentes

Desde las primeras sociedades estaba presente la preocupación por la enfermedad, probablemente desde entonces se hacían preguntas tales como: ¿Por qué razón el hombre enferma?, ¿Todos los hombres enferman alguna vez en su vida?, ¿La enfermedad ocurre de igual forma y por la misma razón en todos los hombres? ¿Cómo se debe hacer para dejar de estar enfermo?, entre muchas otras preguntas que seguramente se formularon. Entre los primeros intentos incipientes por tratar de dar respuesta a sus interrogantes se recurrió a entes sobrenaturales, tales como demonios que según se pensaba ocupaban el cuerpo

de tal forma que para recuperar la salud era necesario expulsarlos de éste; sin embargo en sociedades como la de los griegos, conceptualizaban la enfermedad como un suceso natural, tal es el caso de la teoría de los humores propuesta por Hipócrates; en la cual la enfermedad surgía por un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo; en tal caso la recuperación consistía en restablecer el equilibrio entre estos humores (Reynoso-Erazo y Seligson, 2000)

Ya en la época del Renacimiento, la enfermedad se sustentó en los aspectos espirituales. El desobedecer las leyes divinas tenía como consecuencia enfermar. Posteriormente el desarrollo de diversas ciencias como las matemáticas, la química y la física, la invención del microscopio, los trabajos en autopsia, en bacteriología, y en patología, preparan el camino para los avances médicos; en aquel momento la aproximación médica hacia la enfermedad estuvo basada en la comprensión y tratamiento de una afección, en la determinación de un agente etiológico particular, en especificar las reacciones que presentaba el cuerpo y de los problemas que tal agente creaba, así como en la utilización de algún procedimiento específico para detener el proceso mórbido. Es decir, la perspectiva de la profesión médica al respecto de la salud ha sido simplemente la erradicación de enfermedades específicas (Bazan, 1997).

A principios del siglo XX empezó a tener mayor importancia la Salud, y no tanto la enfermedad. Los médicos han logrado reconocimiento en este ámbito, consideraban la Salud como algo que hay que curar o cuidar ante agresiones del medio, se daba mayor importancia a los aspectos físicos, estaban lejos de considerar aspectos psicológicos y conductuales implicados en ésta, lo que indica que el modelo biomédico que imperaba en aquellas épocas presentaba muchas deficiencias,. (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990; Becoña y Vázquez, 1995a; Gatchen, Baum y Krantz, 1989)

Otro hecho que contribuyó fue la participación del psicólogo en la segunda guerra mundial permitiendo consolidar su intervención clínica; así también se

empiezan a reconocer la relación entre los problemas que se llamaban “mentales” y sus manifestaciones físicas, el posterior desarrollo de las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico que permitió este cambio, mismo que más tarde desembocaría en la aparición de la medicina psicosomática, medicina conductual y la psicología de la salud (Kazdin, 1978).

Al respecto, Reynoso-Erazo y Seligson (2000), señalaron que el reciente interés tanto profesional como de investigación en esta área empieza a consolidarse aproximadamente a finales de los años 70's, aunque todavía no se presentaba un movimiento que pudiera llamarse propiamente psicología de la salud, contribuyendo a que algunos campos de aplicación de la psicología como el clínico, el social, experimental y fisiológico, entre otros se interesaran en cuestiones de salud, reuniéndose en 1978 para dar forma a lo que llamaron la División de la Psicología de la Salud como parte de la American Psychological Association (APA), este hecho contribuye al nacimiento de la Psicología de la Salud, la edición del primer libro de psicología de la salud en 1979 titulado “Health Psychology”, tres años después se publica la primera revista con el mismo nombre dedicada solamente a ese tema, cuatro años más tarde en E.U. se celebra una conferencia a nivel nacional sobre educación y entrenamiento de los psicólogos de la salud. Otro factor muy importante que contribuye a su consolidación es el cambio en el concepto de Salud, recuérdese que se le pensaba en términos de ausencia de enfermedad, en su momento la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978, pág. 46) la definió como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Paralelo a este cambio en el concepto de salud, Engel (1977, en Becoña y Vázquez, 1995a) a finales de los 80's fue uno de los primeros que planteó la necesidad de un modelo médico en el que se tome en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema de asistencia de salud que ofrece la sociedad.

Cabe mencionar que otro evento significativo en esta época fue el cambio en cuanto a los patrones de enfermedad, de acuerdo con Knowles (1977, en Becoña y Vázquez, 1995b) señala que antes de los avances de la medicina del siglo XX, la mayoría de las enfermedades eran de tipo infecto-contagiosas, para dar paso a aquellas que gradualmente vuelven crónico el estado de salud de la persona, actualmente llamadas “enfermedades de las sociedades modernas”, ejemplo de ellas son el cáncer, las enfermedades coronarias, metabólicas, diabetes tipo 1 y 2, hepáticas, renales, transmisibles por vía sexual, obesidad, por mencionar solo algunas. Generalmente nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de conductas, condiciones ambientales inadecuadas.

Como consecuencia de los cambios vertiginosos en las últimas décadas la Salud es vista como algo que hay que desarrollar y no como algo que solo hay que conservar, el reto se ubica en la prevención y promoción de la salud, lo que pone de manifiesto la diversidad de realidades psicológicas, sociales, económicas, etc., que se viven actualmente. Ahora bien, la psicología de la salud como área de reciente interés, al igual que cualquier otra área de práctica profesional, debe definir el alcance y naturaleza de su conocimiento y su aplicación en el ámbito clínico.

1.2. Definición

Para esta investigación se considera la definición propuesta por Matarazzo (1980, en Becoña y Vázquez, 1995a Pág. 15) quien la refiere como: “La suma de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, tomando en cuenta los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas”.

La psicología de la salud se va construyendo progresivamente, se puede considerar como una rama de la psicología aplicada al ámbito de la salud, que se

dedica al estudio de componentes subjetivos y comportamentales del proceso salud-enfermedad. Siendo así que se interesa por investigar aquellos procesos psicológicos que intervienen en el estado de salud, en el riesgo a enfermar, en la condición misma de la enfermedad, en la recuperación, en las circunstancias en las que se prestan los servicios de salud, lo que se expresa en un modelo que incluye estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención a los enfermos y personas con secuelas, así como adecuar los servicios de salud a las necesidades de quienes los requieren (Catalayud, 1999).

Al respecto Oblitas (2004) menciona cuatro aspectos que identifican claramente a la psicología de la salud:

1. El campo de la psicología de la salud está relacionado con las contribuciones especiales que los psicólogos pueden hacer a la salud.
2. El término salud debe estar planteada de la manera más amplia que sea posible de modo que pueda incluir tanto al estado de salud como a la enfermedad, a la salud física y a la mental, trastornos específicos y diagnósticos, captando el sentido general de malestar y/o bienestar.
3. El campo no debe estar limitado solo a la investigación o a la construcción de teorías, pero si debe estar relacionado con la aplicación de la investigación y la teoría a la prevención, tratamiento y prestación de servicios.
4. Todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea a nivel individual, grupal o de comunidad, es de interés legítimo para el psicólogo de la salud.

En este sentido conviene llamar la atención sobre el hecho de que la psicología de la salud no solo toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos de índole individual, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con mas dedicación a los procesos, estados de salud y bienestar tanto de los individuos como de los grupos humanos.

En años recientes es muy claro que la salud está directamente influenciada por la conducta, las emociones y sentimientos pueden tener efectos positivos o negativos, por ejemplo, el estrés, facilita complicaciones cardiovasculares, metabólicas, cefaleas, problemas digestivos, etc., que afectan en varias esferas de nuestra vida (relaciones sociales, desempeño académico y laboral) además de mermar el sistema inmunológico haciéndonos más susceptibles a presentar alguna enfermedad (Friedman y Dimatteo, 1989, Grau, 2002, Martín y Grau, 1993, en Martín y Grau, 2004). Son esos cambios a lo largo de la historia de esta reciente aplicación de la psicología, que se propone formar individuos e incluso sociedades que sean capaces de elaborar estrategias para procurarse una buena salud, que bien vale la pena dedicar el siguiente apartado a las aportaciones de la psicología de la salud.

1.3. Contribuciones de la Psicología de la Salud

Bazan (1997) refiere que la psicología de la salud ha dado a vuelta por todo el mundo, dando lugar a concepciones distintas en varios ámbitos psicológicos y de la salud, al respecto señala algunas aportaciones:

- Ha ocurrido un interés mundial en cuanto a las aportaciones que los psicólogos pueden hacer a los problemas de salud desde la celebración del primer Seminario Internacional en Psicología de la salud celebrado en La Habana Cuba, en 1984. Lo cual, lamentablemente no es sinónimo de un cambio radical en cuanto al estatus de los psicólogos más allá de “apoyo o subordinación” al sector médico.
- En Suecia desde los 70's dio inicio el desarrollo de investigación en cuanto al modo en que las personas reaccionan a tensiones de la vida cotidiana y sobre todo laboral ha contribuido a identificar estresores en el ambiente físico, social y sobre todo laboral.
- En España los aportes en temas tales como enfermedades cardiovasculares, el dolor crónico, el cáncer, así como un notable interés por vincular a la

psicología con los servicios de atención primaria y la prevención de enfermedades.

- Por su parte el continente Americano también ha sido testigo de las aportaciones de la psicología de la salud. Los recursos económicos de Estados Unidos permitieron la existencia de varias universidades, programas de investigación, asociaciones científicas y publicaciones que apoyaron la difusión de nuestra disciplina. En este país los problemas de salud más impactantes tienen que ver con las enfermedades crónicas y otros daños a la salud, como los accidentes, por lo que la importancia del comportamiento ha sido muy reconocida.
- Otra significativa participación de la psicología de la salud es la que señalan Martín y Grau (1994) en cuanto a la adherencia terapéutica, es decir, al cumplimiento o no de algún tratamiento, en tanto que implica comportamiento humano. La falta de apego al tratamiento genera pérdidas en lo personal, en lo familiar y en lo social, lo que afecta tanto la calidad de vida del paciente como de quienes están a su alrededor. En lo personal el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones progresivas. En la familia, provoca modificaciones en el funcionamiento familiar, dando lugar a crisis. En lo social, significa un enorme gasto para las instituciones de salud el proporcionar servicios que se utilizan de forma inadecuada; prolongándose innecesariamente los tratamientos, hay recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

A lo largo del desarrollo de la psicología de la salud, podemos observar el incremento de las numerosas investigaciones en torno a enfermedades cada vez más presentes en nuestras sociedades, estudios con respecto a infartos, hipertensión, diabetes, cáncer, asma, neuropatías, enfermedades metabólicas, los efectos de estrés, manejo del dolor, trastornos afectivos, el impacto de la enfermedad tanto en el paciente como en su familia, incluso temas más recientes como estrategias para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso, problemas de salud en los niños, prevención y tratamiento de las adicciones, promoción de

patrones de comportamiento saludables, problemas psicológicos y de salud en la tercera edad, entre otras cuestiones de interés; tratando de encontrar su vínculo con los estilos de vida del paciente, las conductas de riesgo a las que se expone, la calidad con la que vive, va de lo que podemos considerar como un nivel micro hasta la aplicación de metodologías de orientación social dirigidas a atacar problemas de salud en comunidades, entre otros aspectos de interés.

Esto último ha permitido plantear nuevos conceptos en psicología de la salud: *patógenos e Inmunógenos conductuales*. De acuerdo con Matarazzo (1984, citado en Becoña y Velásquez, 1995b) los primeros son aquellas conductas que nos hacen más susceptibles a enfermar, por ejemplo: fumar, tomar alcohol, malos hábitos de alimentación, pocas horas de sueño, el sedentarismo, etc. Los Inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo de una persona a enfermar, conductas como: dormir de 7 a 8 horas diarias, no saltarse comidas y llevar a cabo una alimentación adecuada, mantener el peso corporal indicado, practicar alguna actividad física regularmente, beber moderadamente y no fumar.

Resulta necesario mencionar las funciones que realiza el psicólogo en el ámbito de la salud; así como la naturaleza de sus relaciones con otras disciplinas, particularmente con la medicina, tanto en la investigación como en la práctica, en donde es necesario entender la importancia del trabajo junto con otros profesionales de la salud, dichos aspectos se abordan en los siguientes apartados.

1.4. Funciones del psicólogo de la salud

Consecuentemente con la definición propuesta de psicología de la salud, el psicólogo de la salud aplica su conocimiento, habilidades, técnicas y los instrumentos que le proporciona la psicología con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, modificar o prevenir trastornos implicados en el proceso dinámico de salud-enfermedad. Al respecto, Oblitas (2004) y Labiano (2004)

plantean una serie de los diferentes tipos de intervenciones del psicólogo en esta área:

1. Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
3. Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
4. Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

El psicólogo de la salud se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol; así como planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos e identificando factores conductuales de riesgo.

La propuesta de Oblitas (2004) enfatiza una perspectiva basada en la prevención como la actividad básica, basado en el supuesto de que las pautas de comportamiento nos permiten detectar y atender oportunamente el surgimiento de alguna enfermedad por medio de la identificación correcta de los síntomas pertinentes, acudiendo oportunamente a los servicios de asistencia y tratamientos médicos; así es como la prevención desde la dimensión psicológica le asigna al psicólogo tres tareas fundamentales:

- Prevención primaria, implica las prácticas cotidianas de los individuos previas a la aparición de la enfermedad, la promoción de estilos de vida que reduzcan el riesgo de vulnerabilidad biológica, como el seguimiento de dietas nutricionales apropiadas, el bajo consumo de sustancias dañinas a largo plazo, la adquisición de conductas que reduzcan las reacciones de estrés, la promoción de comportamientos alternativos a aquellos que inducen riesgos para la salud, el adiestramiento en la evitación de accidentes y la adquisición de comportamientos efectivos en momentos de catástrofes naturales o provocadas.

- Un segundo nivel, se relaciona con la adherencia a las prescripciones terapéuticas y adicionalmente el desarrollo de competencias en el individuo que le permitan ser atendido eficientemente como usuario de un servicio de salud.
- Un tercer nivel, requiere que el psicólogo se centre en prevenir la cronicidad de ciertos estados y el deterioro acelerado del individuo, establecer comportamientos que faciliten la recuperación parcial o total de funciones perdidas.

De acuerdo con Oblitas, 2004, Landa 1999, y Labiano, 2004, el psicólogo de la salud está capacitado para intervenir cambiando estilos de vida perjudiciales para la salud, así también trabaja en la aceptación de nuevas condiciones de vida en el caso de las enfermedades crónicas, en la adherencia terapéutica, entre otras áreas de desarrollo que el psicólogo de la salud deberá desarrollar y consolidar en un futuro. De modo que éste profesional de la salud le apoya al sujeto a tener la sensación de control sobre el medio, sobre su enfermedad, empleando técnicas terapéuticas como la relajación, manejo e contingencias, cambio de cogniciones, planeación de actividades, donde el paciente sea capaz de integrar redes de soporte social, que contribuyan tanto a su trabajo terapéutico como en sus cuidados generales.

Están claras las contribuciones del psicólogo en el ámbito de la salud, de igual manera, es importante considerar la participación de otras disciplinas para tener una visión integral tanto del fenómeno patológico como del paciente que presenta la enfermedad, incrementando las probabilidades de éxito a nivel preventivo, de intervención y rehabilitación. Por lo que a continuación se dará una breve visión al respecto.

1.5. Profesionales de la salud: trabajo multidisciplinario

Tradicionalmente los problemas de salud habían sido manejados por el personal médico, partiendo de la base errónea de que cuando se excluía la enfermedad se devolvía la salud. Sin embargo, la salud implica, como lo hemos mencionado en líneas anteriores, mucho más que la ausencia de la enfermedad.

Hay que recordar que la práctica del psicólogo clínico tuvo lugar en un contexto donde el equipo era dirigido por un médico psiquiatra y el psicólogo se remitía principalmente a la aplicación de pruebas psicológicas, procedimientos educacionales y terapias remediales, su estatus clínico era a nivel “de apoyo” (Reynoso-Erazo y Carrascosa, 1991, en Reynoso-Erazo y Seligson, 2000).

Actualmente se acepta que en esta área deben actuar conjuntamente otros profesionales, con el propósito de proponer soluciones desde distintas perspectivas. De esta manera, en el campo de la salud, que era terreno de acción de médicos, enfermeras, odontólogos, etc., ahora se encuentran trabajando psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos y otros profesionales. En la actualidad el trabajo multidisciplinario en el área de la salud consiste en definir y clarificar líneas de acción en diferentes niveles preventivos, con el propósito de coordinar las acciones, optimizar recursos y evitar duplicidad de esfuerzos.

Con respecto a nuestro país, autores como Reynoso-Erazo y Seligson (2000) refieren que las estrategias implementadas por el gobierno a través de la Secretaría de Salud para hacer frente a problemas de salud, no han resultado del todo eficaz, ya que están planteadas a nivel preventivo y de intervención, sin modificar de fondo su estructura. Indican que a nivel preventivo las labores no se han desarrollado adecuadamente debido a que siguen las muertes por enfermedades infecciosas, mismas que debieron ser erradicadas desde hace ya mucho tiempo; a la par que las actuales enfermedades crónico-degenerativas.

Aunado a que los programas operativos suelen ser unidisciplinarios. Por lo que sugieren que las acciones para mejorar la atención en el ámbito de la salud deben ser de corte multidisciplinario para lograr una atención más efectiva; lo cual no implica afirmar que debiera ser solo el psicólogo el responsable de definir e implementar tales políticas, dada la compleja tarea, pero si debe enfatizarse que él debe formar parte de los equipos de diseño, sobre todo en la medida en que lo psicológico es un factor fundamental en los problemas de salud.

En la formación del psicólogo de la salud, es relevante estar preparado para trabajar con personas que cursan con enfermedades crónicas; considerar conductas vinculadas con el desarrollo de éstas, el diseño de estrategias eficaces para situaciones estresantes, la adaptación a exigencias del medio ahora que se tiene esa condición, son parte del quehacer de este profesional de la salud, a continuación se habla más a detalle de éste tópico.

1.6. Enfermedades Crónicas

En la actualidad, parte de la población padece algún trastorno crónico que requiere la atención del sistema sanitario; incluso algunas desarrollarán alguna incapacidad o enfermedad crónica que a la larga podrá ser causa de su muerte. Al respecto, autores como Beneit y Latorre, (1981) Burish y Bradley, (1983), Grau (2002), Barra (2004), entre otros; aportan aspectos esenciales que hay que considerar en el momento de tratar a una persona que presenta alguna enfermedad crónica, a continuación se rescatan algunas de éstas consideraciones.

Una enfermedad crónica puede ser definida como aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación con el modo de vida del paciente y es probable que persista largo tiempo (Meneses, Ribeiro y Dasilva, 2004, en Merinho y Caballo, 2001). En su evolución están implicados varios factores en los que se incluye los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la

herencia, entre otros; además cualquier enfermedad aguda puede llegar a complicarse y hacerse crónica por diversas causas.

Muchas de las enfermedades crónicas, sino es que todas, provocan cambios en la vida de los pacientes. Ya sea en un inicio en el que muchos aspectos de sus vidas comienzan a cambiar, así como a lo largo del tiempo se tornarán cada vez más difíciles de sobrellevar, además de que exigen asumir psicológicamente el papel del paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida (Martín y Grau, 2004).

La literatura plantea que la reacción del paciente ante un diagnóstico de enfermedad crónica se caracteriza por un desequilibrio físico, social y psicológico. Incluso les invade un sentimiento de incapacidad para resolver su problema, al menos por un tiempo, como consecuencia frecuentemente tienen intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones (Friedman y Dimatteo, 1989, Grau, 2002, Martín y Grau, 1993, en Martín y Grau, 2004)

Moss y Tsu (1977, en Beneit y Latorre, 1981) señalan que durante esta fase crítica de la enfermedad se producen en el paciente con crisis personales, en las que su habilidad requerirá desarrollar diversas reacciones adaptativas que implican:

1. Hacer frente al dolor y el sentimiento de capacitación.
2. Enfrentarse al ambiente del hospital y al tratamiento médico.
3. Establecer relaciones adecuadas con los profesionales de salud.
4. Tratar de mantener un equilibrio emocional.
5. Reconstruir su autoimagen.
6. Preservar sus relaciones familiares y de amistad.
7. Prepararse para un futuro incierto.

Una de las estrategias para hacer frente a esta situación, es negar o minimizar la gravedad de su trastorno, al menos durante algún tiempo, algunos suelen documentarse sobre su padecimiento para tratar de enfrentar de mejor manera los problemas relativos a su padecimiento y a su tratamiento, otros buscan apoyo emocional de familiares y amigos, o incluso del personal de salud.

Es por ello que una de las responsabilidades como profesionales de la salud es informar de manera realista a los pacientes sobre lo que implicará a corto y largo plazo su padecimiento; de las posibles limitaciones que surjan en el curso de su enfermedad, proporcionarles metas razonables por las cuales trabajar, del trabajo de rehabilitación, pues deberá adaptarse a nuevas condiciones. Hay pacientes que superan esta fase crítica y retoman otros aspectos positivos de sus vidas que les sirven de apoyo para hacerle frente a este problema, hay algunos que se plantean metas que hasta ese momento no formaban parte de su proyecto de vida.

1.7. Problemas Físicos asociados a las enfermedades crónicas

Estos pueden ser de dos tipos: los que están asociados a la enfermedad y los que surgen como consecuencia de los tratamientos médicos. Los que son consecuencia directa de la propia enfermedad pueden ser muy diversos; desde *el dolor* producto de muchas enfermedades crónicas, dificultades motoras, respiratorias, hay casos en los que surgen problemas cognitivos (lenguaje, memoria, déficit de aprendizaje) suponen importantes restricciones en la vida de los pacientes.

En cuanto a los que son consecuencia de los tratamientos médicos son igualmente diversos, por ejemplo, los pacientes con cáncer que reciben quimioterapias experimentan náuseas, vómitos, pérdida del cabello, y otros efectos desagradables, hay quienes pierden algún miembro de su cuerpo, hay otros fármacos que producen somnolencia, pérdida o aumento de peso,

impotencia sexual, reducen sus actividades, cambios en la dieta o implementar actividades físicas regulares. De ahí que algunos pacientes sientan que los tratamientos les imponen muchas limitaciones.

Sin embargo, hay algunos pacientes crónicos que son capaces de recuperar aspectos positivos de su tratamiento, como identificar e incluso controlar factores que pueden contribuir la recurrencia de la enfermedad o a complicar el curso de la misma. Por ejemplo, el estrés, éste puede afectar negativamente enfermedades como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, entre otras, por lo que los programas para controlar el estrés se han incorporado al tratamiento de estos pacientes (Friedman y Dimatteo, 1989, Grau, 2002, Martín y Grau, 1993, en Martín y Grau, 2004).

1.8. Emociones ante una enfermedad crónica

La desorientación que surge al recibir un diagnóstico de esta índole, no permiten al paciente vislumbrar todos los cambios que tendrá en su vida a partir de ese momento, por lo que hay muchas emociones que pueden surgir en este transcurso, las emociones que ocurren con más frecuencia en estos pacientes son: la negación, el miedo, después pueden dar lugar a la depresión y la ira. La enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio, incluso como un alivio a responsabilidades; en función de ello, el paciente adapta su rol de enfermo (Friedman y Dimatteo, 1989, Grau, 2002, Martín y Grau, 1993, en Martín y Grau, 2004 y Martín y Grau, 2004). Por lo que en seguida se refiere cada etapa.

Negación

Es un mecanismo de defensa que les permite a las personas evitar las implicaciones de la enfermedad. Esto les permite actuar como si la enfermedad no fuera grave, pensando de manera irreal que va a desaparecer o que tardará tiempo en mostrar efectos, hay quienes llegan a engañarse adoptando una idea

falsa de que no están enfermos, aunque se les haya explicado con detalle en que consiste su padecimiento, lo cual en ocasiones podría retrasar la atención médica, llevándole incluso a una muerte temprana; o si ocurre como protección ante el diagnóstico, puede funcionarle al paciente como reductor de estrés.

El papel que se debe formar en un paciente crónico es el de una persona activa, sobre todo para que colabore de la mejor manera siguiendo su tratamiento y autocuidado.

Miedo

Muchos se pueden sentir agobiados por los cambios repentinos y/o bruscos que sufrirá su estilo de vida actual, principalmente por que la idea de la muerte esta latente. Así como también por los constantes chequeos que suponen miedo ante la posible noticia de que se agrave su enfermedad.

Depresión

Esta también forma parte de las respuestas emocionales de algunos de los pacientes, se menciona que para que lleguen a sentir depresión pasan primero por reflexiones de todo lo que implica tener una enfermedad crónica. La depresión puede dar cuenta del sufrimiento del paciente ante la pérdida de actividades que antes les gustaban. Por otra parte la depresión puede impedir que el paciente adopte el papel activo que se requiere para el manejo de su enfermedad.

Hay que tener presente que en algunos pacientes la depresión puede manifestarse de manera más grave y prolongada que en otros, incluso pueden presentarse sentimientos de indefensión y desesperanza o puede que el mismo paciente se restrinja actividades que aun puede realizar, hasta el punto de tornarse cada vez más dependientes de la persona que le cuida o del personal de salud.

Ira

La ira, al igual que las demás reacciones del paciente crónico, puede presentarse tanto en el momento de recibir el diagnóstico, como tiempo después, cuando se está en el periodo del tratamiento. El paciente puede llegar a pensar que su enfermedad es algo injusto, algo que jamás se imaginó que le llegara a pasar, puede suceder que se muestre hostil ante el tratamiento y ante el equipo que le presta el servicio. Las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad crónica no ocurren con una secuencia determinada, pueden aparecer en cualquier momento del proceso de adaptación y en secuencias diversas, dependiendo de la historia del paciente.

Cabe señalar que la literatura propone esta serie de etapas por las que transita un paciente al que se le ha diagnosticado una enfermedad crónica, lo cual no significa que todos los pacientes las muestren, tampoco que sucedan precisamente en el orden en las que fueron descritas para esta investigación, incluso hay casos en los que el paciente se mantiene en alguna de las etapas hasta que el resultado de la enfermedad es fatal. De la misma manera en que no hay un patrón totalmente establecido en la expresión de las emociones de un paciente crónico, tampoco así, en la etiología del padecimiento crónico que pudiera presentar; tal es el caso de la obesidad, la cual representa en la actualidad un problema de salud que va en aumento, es un fenómeno que está captando la atención de varios investigadores y profesionales que se interesan en el ámbito de la salud. Por lo que en el siguiente capítulo se abordarán los aspectos más relevantes de este trastorno crónico.

CAPITULO DOS

OBESIDAD

El concepto de obesidad es realmente complejo. Las respuestas que han aportado diversos investigadores e instituciones encargadas de la salud ante la pregunta ¿Qué es la obesidad?, varían según cánones teóricos y sociales, ¿Debe entonces, definirse la obesidad en términos de salud?, ¿De apariencia?, ¿O de masa corporal? ¿Por la circunferencia que dibuja la cintura? ¿O en base a tablas de pesos? ¿O de peso total? , ninguna definición de obesidad se basa exclusivamente en solo un aspecto para determinar que está presente en una persona.

En el presente capítulo se citan algunas definiciones del concepto de Obesidad, métodos para determinar el grado y distribución de la misma, tipos de obesidad, principales factores vinculados con la obesidad, conductas implicadas en su desarrollo, enfermedades con las que se le relaciona, así como un breve panorama en cuanto a cifras de jóvenes mexicanos que la presentan actualmente.

2.1. Definición del concepto de obesidad

Se ha encontrado que en la etiología de la obesidad intervienen múltiples factores de orden biológico, genético, psicológico y social. Es por ello que para una mejor comprensión del constructo a continuación se mencionarán algunas definiciones.

De acuerdo con Martínez, M. R., (2001) y Mancilla, D. J. M., Álvarez, R. G., Román, F. M., López, A. V. y Ocampo, T. M. T. (1998) la obesidad es la acumulación excesiva de tejido adiposo que se manifiesta en un aumento del peso corporal y sobrepasa el promedio de peso que corresponde a una edad cronológica, talla y constitución física; debido a que el organismo ingiere más alimento del que necesita para cubrir sus requerimientos de energía, almacenando el resto en forma de grasa.

Estos mismos autores confirman que la obesidad ha sido reconocida como un factor que incrementa el riesgo de presentar varias enfermedades, especialmente entre las personas de edad avanzada. La obesidad está considerada como una enfermedad crónica que puede llegar a afectar la salud de forma grave.

Es importante mencionar que la American Psychiatric Association (APA) en su DSM-IV (1994) hace referencia a trastornos de la alimentación como: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y también incluye al *Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado* (TCANE), dentro de éste al *Trastorno por Sobre-alimentación*, cabe señalar que dentro de los TCANE no incluye de manera explícita a la Obesidad, por lo que se le descarta como un trastorno de la personalidad. Se menciona que incluso la sobre-alimentación compromete funciones biológicas del cuerpo, afectando órganos y sistemas. Pues el exceso de masa grasa tiene consecuencias patológicas de dos tipos:

- a) *Mecánicas*, que dependen directamente de la sobrecarga ponderal.
- b) *Metabólicas*, que se relacionan con el metabolismo de los lípidos, de la glucosa y de algunas otras vías.

La definición que se retoma en esta investigación es la que proporciona la Secretaría de Salud de nuestro país, en la norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la Obesidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación; en la que se considera a la *obesidad* incluyendo al *sobrepeso* - estado premórbido-, como una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patologías endocrinas, cardiovasculares y ortopédicas, principalmente. Su etiología es vinculada con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Se reconoce que es un problema en el que intervienen múltiples factores y por tanto debe ser tratado por un equipo multidisciplinario; lo cuál redundará en un adecuado manejo del importante número de pacientes que presentan este trastorno alimentario.

Es importante reconocer que al sobrepeso como antesala de la obesidad, no se le ha prestado la atención debida, llegando a pasar inadvertido tanto para el individuo que lo padece como para quienes lo rodean, lo que desencadena gradualmente en problemas de salud, ya que al ir incrementando hace más probable que la persona llegue a presentar Obesidad.

(<http://www.secretariadesalud/NOM-174-SSA-1998> septiembre 2006)

Una vez descrito el concepto de obesidad que se retoma para esta investigación, se mencionan a continuación los criterios que se emplean para determinar el porcentaje y la distribución de la grasa corporal. La literatura indica que existen distintos métodos, los profesionales de la salud se apoyan en la antropometría, ésta consiste en el conjunto de estrategias útiles para determinar tanto la distribución del peso como los excesos, por lo que en seguida se mencionara de manera muy concreta.

2.2. Antropometría de la obesidad

En cuanto a los métodos empleados para registrar las medidas del cuerpo Aburto G. C., (2001) menciona el uso de tomografías digitales, ultrasonidos, resonancia magnética, que permiten obtener imágenes que pueden aplicarse para evaluar el contenido de grasa; sin embargo, estas herramientas presentan el inconveniente de ser costosas. Otra técnica es la inmersión en agua, misma que resulta un poco extraña ya que implica introducir al sujeto en una tina especial que contiene agua para posteriormente determinar la magnitud del desplazamiento de este líquido. Esta técnica registra de forma precisa el porcentaje de grasa corporal, sin embargo no mide la distribución de la misma, además de resultar un poco

costosa. Otro método más sencillo y poco costoso es la técnica del pliegue de la piel, en éste se mide el espesor de la piel, el instrumento que se emplea se llama plicómetro.

Autores como Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D. y Deus, J., (2003) proponen el cálculo de la relación cintura/cadera (ICC) con ésta se mide la distribución de la grasa; este tipo de medidas resulta preferible para estimar la grasa corporal y su distribución. Incluso Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E. y López-R., P. (2004) proponen que el ICC es el mejor índice antropométrico para indicar riesgo de salud. De acuerdo con estos autores los ICC reconocidos como de inicio de riesgo y riesgo alto son los que se muestran en el cuadro 1.

Sexo	ICC inicia el riesgo	ICC con riesgo alto
Hombres	≥94cm.	≥102 cm.
Mujeres	≥80 cm.	≥88 cm.

Cuadro 1. Esta tabla indica los rangos de riesgo inicial y alto del ICC en hombres y mujeres.

Con frecuencia la distribución de la grasa es un buen elemento para predecir diversos problemas de salud, incluso con aquellos que ponen en peligro la vida.

Estos mismos autores indican que una de las medidas más empleadas para medir la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el peso corporal en Kg entre la altura en metros elevados al cuadrado, es decir: $IMC = \text{Kg}/\text{m}^2$, proporciona una norma para medir la obesidad, se han propuesto tres niveles: obesidad leve, moderada y mórbida, en seguida se muestra una cuadro con esta información (véase cuadro 2).

Clasificación de obesidad	Clase I (Moderada)	Clase II (Severa)	Clase III (Mórbida)
IMC	27 a 34.9	35 a 39.9	40 o más

Cuadro 2. Indica la clasificación de la Obesidad, de acuerdo con el IMC.

El papel del peso como criterio para determinar el grado de obesidad es imprescindible, para obtener el peso ideal la herramienta más empleada son las tablas de peso por edad, estatura, complejión y género.

Lo cierto es que todas estas medidas son un apoyo para tratar de clasificar la obesidad, ya que permiten estimar las enfermedades que se presentarán en cada clasificación, teniendo en cuenta que el riesgo es mayor entre más elevado sea el IMC, obviamente entre más pronto la obesidad sea corregida, más enfermedades asociadas se podrán evitar.

2.3. Tipos De Obesidad

Referente a la clasificación de la obesidad Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E. y López-R., P. (2004), basándose en la distribución del exceso de grasa corporal, proponen los siguientes tipos:

- *Obesidad androide*: Se localiza en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es la más frecuente en varones.
- *Obesidad ginecoide*: Predomina en abdomen inferior, caderas, glúteos, muslos. Es más frecuente en mujeres

De ambas, la obesidad androide resulta ser una de las más dañinas, aunada con hipertensión arterial, diabetes en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre son factores de riesgo que elevan la probabilidad de presentar alguna enfermedad coronaria. Diversos institutos de

investigaciones han mostrado interés en temas de seguridad alimentaria, la mayoría de estos estudios buscan hacer una especie de radiografía sobre las maneras de comer actuales, y preguntarse cuál será la situación en los próximos años. Este tipo de predicciones requieren como primer paso cuestionarse sobre los diversos factores que explican el desarrollo de este serio problema de salud. Algunos de los tópicos que se abordan en el apartado siguiente tratan sobre aquellos factores biológicos, psicológicos y sociales que están estrechamente vinculados con la obesidad.

2.4. Factores relacionados con la obesidad.

Muchas personas suponen que la sobrealimentación es la principal causa de la obesidad, pero el incremento del peso corporal resulta ser más complejo. No todas las personas obesas ingieren grandes cantidades de alimento; de hecho muchas personas con sobrepeso u obesidad comen menos que las personas con peso normal. Tal como lo indica Brannon, L. y Feist, J. (2001) sobre el cambio de los niveles metabólicos según el alimento ingerido y el gasto energético de los nutrientes por parte del organismo. Es entonces que las características metabólicas de cada persona les permiten quemar calorías de manera distinta. Sucede entonces que las personas ingieren la misma cantidad de alimento y tiene distintos pesos corporales. Ciertamente es que hay personas obesas que lo son porque comen grandes cantidades de alimento, realizan poca actividad física o en muchos casos se presenta una combinación de estas condiciones.

Estos autores proponen como principales orígenes:

- *Obesidad endógena*: Ligada a trastornos metabólicos o patologías asociadas.
- *Obesidad exógena*: Determinada en su mayoría por un aumento en la ingesta calórica, principalmente un aumento en el consumo de hidratos de carbono y lípidos y/o una disminución en la actividad física.

Recordemos que la obesidad es un problema en el que están implicados varios factores; desde los complicados sistemas de creencias sobre la cantidad, el momento, lo que se debe comer, la dinámica familiar, factores de orden genético, emocionales, conductuales, ambientales, estilos de vida, entre otros. Podemos entonces considerar múltiples causas de la obesidad en una persona, esto nos lleva al diseño de múltiples soluciones de acuerdo con las características propias de la persona, así como también reconocer la importancia del manejo psicológico cuando se trata de controlar el exceso de peso.

Aunque esta investigación se enfocará en la obesidad que presentan jóvenes universitarios, no pasa por alto, el hecho de que la obesidad también representa un problema en la niñez; el avance cada vez más impresionante de la tecnología que acapara la atención de los niños a temprana edad, lo que se traduce en buena parte de su tiempo libre invertido en actividades con poco gasto de energía, aunado a la publicidad de productos chatarra, la comida rápida, la influencia de la dinámica familiar, son algunos de los muchos factores que favorece la presencia de la obesidad a edades cada vez más tempranas.

En seguida se describen algunos factores implicados en la obesidad, para esto se abordan en tres rubros, los de índole psicológico (estrés, ansiedad y depresión), biológicos (genética, factores heredo-familiares, género, hormonas, lesiones, fármacos), sociales (modelos estéticos corporales, condición económica, relaciones familiares).

2.4.1. Factores Psicológicos

El problema de comer en exceso en personas obesas o con sobrepeso ha sido ampliamente estudiado por Álvarez, R. G. L., Mancilla, D. J. M., López, A. X., Vázquez, A. R., Ocampo, T. M. T. y López, A. V. (1998), Berrocaal, C. y Ruiz, M. A. (2002) quienes llegaron a concluir que estas personas se caracterizan por la *sensación de descontrol y dependencia* que no se presentaba en las personas con

una adecuada autoestima. Tal descontrol en muchas ocasiones tiene tras de sí sentimientos y emociones como la *tristeza*, la *depresión*, el *enojo constante*, *los miedos* y *las ansiedades* que difícilmente se pueden identificar, mucho menos comunicar y manejar adecuadamente. Lo mismo ocurre con la sensación de aburrimiento o soledad que pueden detonar en un “comer emocional”; para identificar cuando una persona entra en un cuadro de este tipo, es fundamental comenzar por aceptar que se come excesivamente como resultado de experimentar cierto tipo de emociones y sentimientos; una vez que se ha tomado conciencia de lo anterior, se determina que tipo de insatisfacción emocional se esconde tras esa actitud nociva para la integridad física y mental que requiere una terapia integral. Pues el comer, en este caso es un tipo de adaptación a situaciones emocionales difíciles, para sentirse más tranquilo o para manejar la ansiedad.

Al respecto, una investigación realizada por Álvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y López (1998), con una muestra exploratoria de 32 mujeres entre 18 y 50 años (16 obesas y 16 normopeso, en función del porcentaje de grasa corporal), para identificar la distribución de la grasa corporal se empleó el índice Cintura-Cadera (ICC); además de un cuestionario de opción múltiple para la autoselección dietaria y una lista de situaciones ambientales a las cuales pudiesen asociarse, por último un recordatorio de 24 horas. El objetivo fue investigar la relación entre lo que ellas elegían para comer, con la magnitud y distribución de la grasa corporal cutánea en ambos grupos de mujeres, así como su respuesta ante algunas situaciones ambientales. Los resultados mostraron diferencias en las situaciones ambientales que estimulan la ingesta, pues se observó que el grupo de normopeso acostumbraban comer cuando sentían hambre mientras que el grupo de obesas reportaron comer al encontrarse en diferentes situaciones (acompañadas, nerviosas, solas, aburridas, etc.) por lo que parecieron ser más sensibles a los estímulos externos. En cuanto a la cantidad, calidad y naturaleza del alimento ingerido, los resultados mostraron una relación directa con el grado de acumulación y distribución de la grasa corporal.

Sin olvidar el constante estrés cotidiano que se experimenta en los lugares de trabajo, incluso en las propias relaciones interpersonales, las distancias cada vez más tediosas a las que nos exponemos todos los días, repercuten sin duda en nuestra salud, en nuestro estilo de vida, y muy probablemente hasta en la manera en que se elegirá qué comer y dónde, por supuesto que la elección difícilmente se centrará en lo nutritivo del platillo, optando frecuentemente por lo que sea más rápido de preparar y que no se digiera tan pronto, me refiero a dietas altas en carbohidratos, lípidos y grasas, las cuales nos aportan gran contenido calórico.

2.4.2. Factores Biológicos

Dentro de los factores biológicos que se han encontrado relacionados con la obesidad se pueden mencionar los siguientes:

Genética: Varios estudios (Papazian, 1999; citado en Aburto, 2001) han demostrado que la genética puede ser el determinante más importante del peso de las personas, algunas están más propensas a ganar peso que otras aún cuando la ingesta calórica sea la misma, parece que hay factores aún no identificados que influyen en la cantidad de peso ganado y en su distribución. Así como también existe evidencia de un gen de la obesidad. A su vez Brannon y Feist (2001) añaden que el rasgo hereditario de la obesidad también puede variar según el género, se afirma que la obesidad se hereda en mayor medida entre las mujeres que entre los varones. Aunque, decir que el peso tiene influencias genéticas no equivale a decir que el peso se determina genéticamente; esta relación entre biología y el comportamiento indica que ambas deben comprenderse para descifrar el acertijo de la obesidad.

Factores Heredo-Familiares: Los factores familiares son otro tema interesante, Infante (1993, en Villarroel, V.P., Bastías, A., Cabrera, P. y Guzmán, A. 2001) demostraron que los niños que tenían ambos padres obesos mostraban un gasto energético 25% menor al de los niños cuyos padres tenían peso normal.

Además, reportaron que el 80% de los hijos de ambos padres obesos son obesos, por lo que se hallan en una condición de riesgo 3 o 4 veces más que la población en general; a su vez el 40% de los hijos la presenta cuando uno de la pareja es obeso y solo el 10% de las personas son obesas cuando ninguno de sus padres lo son. Algunos autores se refieren a esto como factor "genético", esto aún esta en discusión ya que padres delgados pueden criar a hijos obesos y viceversa; entonces la obesidad puede no ser heredada genéticamente, pero un hecho contundente es que los hijos adoptan los hábitos de los padres, muchos niños se encuentran comiendo la misma cantidad de comida de un adulto, quizás la obesidad en los niños inicia cuando los padres se complacen al ver a sus hijos comer en forma abundante.

Lo anterior concuerda con los resultados obtenidos por Mosserberg (1989, citado en Villarroel, Bastías, Cabrera y Guzmán, 2001) quien realizó un estudio longitudinal de 40 años en el cual encontró que la obesidad de los padres era uno de los principales predictores del exceso de peso en la adultez.

Género: Al respecto Riobó (2003) describe el estudio realizado por la Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad (SEEDO'97) en el cual se reporta que la prevalencia de obesidad en España es del 13.4% de la población total, siendo mayor en las mujeres (15.4%) que en varones (11.4%), hallándose aun más frecuente por encima de los 45 años. En dicho estudio se evaluó el peso, la talla, el Índice Cintura Cadera, empleado para diferenciar obesidad ginecoide y androide, esta última asociada a un mayor riesgo cardiovascular. El Índice de Masa Corporal (IMC) que se empleo para determinar obesidad fue superior a 30. Con respecto a los resultados se encontró que el porcentaje de sujetos obesos incrementaba de acuerdo a la edad, teniendo un porcentaje de 5.3% para un rango de edad de 25-34 años, y un 26.3% en el grupo de 55 a 60 años. El bajo nivel sociocultural se relaciono inversamente con la prevalencia de obesidad, especialmente entre las mujeres.

Incluso menciona que la obesidad es más frecuente en la mujer, sobre todo antes de la pubertad; se considera como un factor de riesgo cardiovascular, también se le asocia con el riesgo de desarrollar cáncer de mama, endometrio, ovarios poliquísticos e infertilidad. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la mujer consume fármacos tales como los anticonceptivos, analgésicos, antidepresivos, presenta cambios hormonales cíclicos, el embarazo, dejar de fumar y otras tantas situaciones a las que se enfrentan, que en algún momento dado la hacen más susceptible.

Otro argumento que apoya esta idea, es el que reporta Barquera, S. (2005) de acuerdo con análisis de los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud en el año 2000, aplicada a 42, 100 adultos de 20 a 49 años de edad, de ambos sexos. En los que muestra claramente que la obesidad se encuentra en mayor porcentaje en las mujeres, y en los varones sucede que hay un mayor porcentaje de sobrepeso.

En cuanto a la edad, Torres, T. M. (2004) afirma que las mujeres entre los 45 y 49 años son las más afectadas por la obesidad al registrar un 42.7% de frecuencia. Por otra parte, el 14.1% de las mujeres jóvenes entre los 20 y 24 años sufren también de esta enfermedad, problema que les afecta directamente al verse en ocasiones expuestas al rechazo. Cuando el paciente obeso presenta depresión sufre también de pensamientos negativos y sentimientos de minusvalía que dificultan su tratamiento ante la falta de ánimo e inactividad física, por lo que se les hace complicado luchar contra su obesidad.

León, C.D. (2001) reporta datos interesantes en cuanto al factor hormonal entorno a la obesidad, ella encontró lo siguiente:

(*Para mayor información del significado de estos términos médicos consultar glosario)

*Hormonas**: Algunos trastornos hormonales pueden causar obesidad, como son : el *síndrome de Cushing* en el que ocurre una ingesta calórica normal, hay

obesidad androide, talla normal o baja, facies de luna llena, y solo algunos padecen hipertensión; de igual manera el *síndrome de Lawrence-Moon-Bliedl* se caracteriza por la presencia de obesidad, retraso mental, polidactilia, hipogonitalismo hereditario; el *síndrome de Frohlich*, en este se presenta obesidad, talla baja, hipopituitarismo, lesión orgánica cerebral, además de pocos casos de pacientes obesos con *síndrome de Prader-Willi*, en el cual hay hipotonía en los primeros meses, obesidad a partir de los 2-3 años, facies características, talla baja, triptorquidea, hipogonadismo, acromicria, retraso mental; y por último el *síndrome de Alstrom*, que se caracteriza por obesidad severa, dificultad respiratoria, somnolencia diurna, apneas durante el sueño, insuficiencia suprarrenal, entre otras.

*Fármacos**: También se ha encontrado que ciertos fármacos utilizados frecuentemente tienen como consecuencia un aumento de peso, como la prednisona (un corticosteroide) y muchos antidepresivos, así como también muchos otros fármacos que se utilizan para curar los trastornos psiquiátricos.

(http://www.alapsa.org/detalle/04/02_salud, octubre 2006)

2.4.3. Factores Socioculturales

El acto de comer, es un proceso fisiológico de restitución energética. El alimento satisface una necesidad y es indispensable para nuestra supervivencia, su disponibilidad difiere dependiendo de cada región, y más aún, el acceso a una gran variedad de alimentos esta en función del ingreso económico de las personas. Además de ser vital para la vida, el alimento tiene gran carga simbólica; ya que llega a representar una identidad para cierto grupo, refleja tradiciones de una sociedad; Maya, L. L. (2006) propone que esta simbolización ocurre en tres niveles: 1) la central, en donde la comunidad acepta ciertos tipos de alimento y los considera la base principal de su alimentación; 2) la simbolización secundaria, aquí el consumo del alimento es diferente dentro de una misma sociedad, es decir, no está al alcance de todos, ni forma parte de la vida alimentaria cotidiana; y por

último 3) la periférica, en la que el consumo de algún alimento es muy esporádico y no forma parte de la vida cotidiana, incluso porque llega a ser un recurso que no es endémico del lugar.

En la vida cotidiana lo importante es “comer lo que hay” y nutrirse no siempre es el objetivo principal a la hora de comer. De hecho cierto tipo de comida representa status sociales distintos, también da sentido a diversos actos sociales, ya sea para cerrar algún negocio, para celebrar, demostrar afecto, etc; el alimento, puede ser entonces, un medio para demostrar emociones, afectos, significados, “comemos por necesidad y por gusto”. Recordemos que la familia forma valores sobre qué se come, cómo, por qué, cuándo y cuánto, así como también promueve ideales estéticos, establece espacios y tiempos para comer.

Maya (2006) afirma que, si bien los hábitos de ingesta y el sedentarismo están influidos por múltiples factores externos, la familia juega un rol importante en conductas relacionadas con la ingesta y actividad física; hay que reconocer que la influencia de la familia no termina cuando se deja de ser niño, en este periodo entre las madres cuenta mucho el que “un niño bien comido, es un niño bien cuidado”; la familia enseña a “comer todo lo que hay en el plato” “no desperdiciar lo que a otros les falta”, en ocasiones las madres tratan de compensar privaciones afectivas o económicas con alimento, las madres se presentan ansiosas, donde la obesidad puede resultar un detonador o un estabilizador del conflicto familiar; entonces la sobreprotección se traduce también en una sobre alimentación.

La sociedad actual es producto de un desarrollo económico e industrial, que a dado pautas a nuevas formas o estilos de vida. Una de las áreas de sumo interés es la relación entre cuerpo-alimentación, que en las últimas décadas, debido a influencias culturales, favorecen cambios en las conductas alimentarias, en donde se exige tener un mayor cuidado con respecto a lo que se come y cuánto se come, con el objetivo de que el cuerpo muestre una marcada delgadez.

Es claro el papel que juegan los medios de comunicación, en la promoción de un modelo estético corporal como ideal de belleza física femenina. Los modelos socioculturales generalmente brindan un apoyo teórico para explicar trastornos de imagen corporal y alimentarios entre las mujeres. Se conoce la importancia del factor cultural en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la imagen corporal. Se trata de valores que han dado lugar a lo que se llama “mundo Light”, promovido especialmente por los medios de comunicación (prensa, cine, radio, televisión, entre otros) que bombardean constantemente mensajes relacionados con estereotipos que sobrevaloran la imagen corporal dejando de lado la salud. En nuestra población ocurre que estos estereotipos de belleza generalmente son anglosajones, rasgos físicos no siempre concuerdan con las características de nuestra población, es entonces que se encuentran tratando de imitar modelos que solo se ven a través de los medios de comunicación (S. M.R. y Osorio G. M. (2001). Al respecto, Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, DJ.M. (2000) realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar el estatus psicométrico de la escala CIMEC en población mexicana, la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos estético-corporales y las situaciones sociales sobre el modelo de la delgadez. Se aplicó a una población de 1001 mujeres, con niveles educativos de bachillerato, universitarias de instituciones públicas y privadas, con un rango de edad entre los 14 a 33 años.

Encontrando que las chicas mexicanas parecen ser susceptibles a la influencia de los modelos estéticos corporales (publicidad, modelos sociales y situaciones sociales). Lo que resulta importante si se considera que la sociedad por medio de sus instituciones- modela nuevas formas y estilos de vida, lo que ha influido sin lugar a dudas para apropiarse de modelos corporales y de belleza, desafortunadamente, en muchos casos estos modelos han dado lugar a patologías del vínculo cuerpo-alimentación, surgiendo patrones alimenticios anómalos.

Hay que tomar en cuenta que los criterios del peso ideal han cambiado a lo largo de la historia de la humanidad. El ser obeso también llegó a significar prosperidad, era evidencia a los ojos de los demás de la capacidad de un individuo para disponer de gran cantidad de alimento. Solo en épocas recientes este canon social ha cambiado. Antes de los años 20's, la delgadez se vinculaba con la enfermedad, y era poco atractiva, ya que se pensaba en la pobreza, en la escasez de alimento. En el arte, también tuvo presencia, pues los pintores representaban la belleza con mujeres que en la actualidad pueden considerarse como obesas. (Bennet y Gurin, 1982, en Brannon y Feist, 2001).

Otro suceso de gran trascendencia es la globalización, un fenómeno mundial que se vincula con esta epidemia de nuestro siglo, como ha llamado la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la obesidad y al sobrepeso, junto con todas las enfermedades que traen consigo; y es que los productos comestibles industrializados existentes en el mercado han tenido una gran campaña de difusión de modo tal que es fácil tener acceso a estos, no hay algún mecanismo que regule su adquisición, y basta solo con visitar esta nueva forma de supermercados en los que las compras se hacen por cantidades muy grandes, todo lo venden al doble o triple del tamaño del producto o de la cantidad, pero lo atractivo es el precio, disminuyendo lo atractivo de los productos naturales.

Condición económica: Diversas investigaciones se han ocupado del estudio de la condición socioeconómica y su relación con la obesidad, como las realizadas por Stunkard y Sorensen (1993, en León C, D., Kai C, A. y Cruz M, M. H. 2002) en donde afirman que en los países industrializados las personas de estrato socioeconómico bajo son más propensas a la obesidad, mientras que lo contrario sucede en países en vías de desarrollo.

Papazzian, R. (1999) también apoya este supuesto, argumenta que el factor económico influye fuertemente en la obesidad, sobre todo entre las mujeres. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más del doble entre

las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel más alto. El motivo por el cual los factores socioeconómicos tienen una influencia tan poderosa sobre el peso de las mujeres no se entiende por completo, pero se sabe que las medidas contra la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales.

En el momento en que visualizamos a la persona como sujeto activo en el proceso del desarrollo de su obesidad, entonces estamos en condición de hacerle conciente de que es el junto con un equipo multidisciplinario quienes darán solución a este mecanismo de adaptación que pone en riesgo su salud; enfatizando que es la persona en la que recae la responsabilidad de hacer un cambio en su estilo de vida. Estos son solo algunos de los principales factores asociado con el origen de la obesidad, vincularles con los paradigmas teóricos que se han formulado entorno a la etiología de este trastorno de la alimentación, es lo que se pretende en el siguiente apartado.

2.5. Modelos explicativos.

Se habla de teorías psicológicas de la obesidad, debido a que éstas se enmarcan en diversos modelos de aproximación, enseguida se abordan los modelos de acuerdo a tres rubros: los que están orientados hacia lo biológico (el modelo del punto de partida, neuro-químico y etapas críticas de la obesidad), lo social (modelo del incentivo positivo) y lo psicológico (psicología aplicada al ámbito de la salud).

2.5.1. Modelos Biológicos

Dentro de las explicaciones basadas en aspectos orgánicos, se encuentran las siguientes:

I. Modelo de punto de partida

Este modelo se basa en la idea de que el peso se regula en base a un punto de partida. Cuando los niveles de grasa se modifican ya sea por encima o por debajo de un nivel específico, estos mecanismos fisiológicos se activan para que el cuerpo recupere su estado anterior. Cuando los niveles de grasa se sitúan por debajo de ese punto de partida el cuerpo hace todo lo posible por conservar los niveles de grasa mínimos para seguir funcionando. Parte de la solución es reducir el proceso metabólico para requerir de menos calorías, haciendo que el cuerpo ahorre energía cuando requiere emplearla, cuando esta pérdida es drástica se manifiesta en estados de ánimo apáticos y en desgano. Otra reacción del cuerpo es el incremento de hambre cuando el suministro de grasa desciende mucho (Brannon y Feist, 2001). Esto nos ayuda a entender un poco más lo que ocurre con las personas que se someten a régimen alimentario y les cuesta trabajo continuar perdiendo peso, ya que su cuerpo lucha contra las reservas de grasa que pierde.

II. Modelo de Etapas Críticas del desarrollo de la obesidad

De acuerdo con Martínez (2001) existen etapas críticas del desarrollo de la obesidad de niños y adolescentes; tomando en cuenta que un amplio porcentaje de niños que son obesos durante su infancia tienen altas probabilidades de serlo en la adolescencia y en su juventud. Son tres las etapas críticas para el desarrollo de la obesidad, por etapa crítica se entiende una condición en la que alguna alteración fisiológica aumenta la futura prevalencia de obesidad.

La *primer etapa crítica* es la vida intrauterina, en la cual los niños de peso bajo al nacer, son más propensos a desarrollar complicaciones cardiovasculares e hipertensión en la edad adulta. Menciona que aún no está clara la relación entre el nacimiento de un niño con bajo peso al nacer y la presencia de obesidad en la etapa adulta. Al respecto se supone que este niño presenta más cantidad de grasa

visceral. Otro factor de riesgo es ser hijo de una madre diabética, ya que tienen un mayor peso al nacer, y aún cuando el peso se logra estabilizar al año de edad existe una marcada relación con otros niños que a los 5 o 6 años aún muestran obesidad.

La *segunda etapa crítica* es el periodo de la infancia que se conoce como rebote adiposo. Los niños que lo presentan están en mayor riesgo de desarrollar obesidad que persiste hasta la edad adulta. Es en esta etapa donde se puede presentar una predisposición genética a la obesidad. En donde la obesidad está en función de la acumulación de grasa que tengan los adipositos y de su multiplicación.

La *tercera etapa crítica* se presenta durante la adolescencia, con una tendencia marcada hacia las niñas y en muchos casos persiste hasta la vida adulta. Este modelo parece enfatizar la premisa de que la obesidad en el adulto esta vinculada de muchas maneras a condiciones propias del desarrollo (vida intrauterina, la infancia, la adolescencia) lo que facilita que la obesidad este presente en la adultez, y de manera más marcada en la mujer.

III. Modelo neuro-químico

La base fundamental para este modelo fue la pregunta ¿por qué para algunos resulta más atractiva una dieta rica en carbohidratos?, Vásquez (2003) aporta información sobre esta interesante teoría de una supuesta adicción a los carbohidratos. Para empezar los carbohidratos son una amplia gama de compuestos orgánicos (azúcares, almidones, celulosas y gomas). Su principal función es suministrarle energía al cuerpo y muy especialmente al cerebro y al sistema nervioso central (SNC) a través de la glucosa (sustancia producto de la descomposición que hace el cuerpo de los azúcares y almidones).

Esta categoría de alimentos es muy amplia y diversa, puede dividirse en tres tipos: a) *los carbohidratos complejos* (almidones que también contienen minerales, vitaminas y fibras) se encuentran en los cereales, harinas vegetales, legumbres, arroz y pastas; b) *los carbohidratos simples* (azúcares que también contienen vitaminas y minerales) se encuentran en las frutas, la leche y derivados y en verduras; y por último, c) *los carbohidratos simples refinados (CSR)*, los cuales carecen por completo de minerales, vitaminas o fibras y solo suministran calorías. Se encuentran en los dulces, el azúcar refinada (o de mesa), los jarabes (sin incluir los naturales), las bebidas carbonatadas y las harinas muy refinadas.

Ante nuestros ojos puede resultar muy extraño que algunos carbohidratos puedan ser adictivos y dañinos para nuestro cuerpo. De acuerdo con este autor que son sólo los *carbohidratos simples refinados (CSR)* en donde se presenta un efecto adictivo, ya que tienen efecto sobre la neurotransmisión y específicamente sobre la serotonina y su precursor, el triptofano. El mecanismo es el siguiente:

Cuando una persona consume carbohidratos se estimula la secreción de insulina lo cual promueve la captura por parte de los músculos de la mayoría de los aminoácidos, excepto del triptofano, su proporción en sangre aumenta a la par que la ingesta de *CSR*. Dado que éste componente compite con otros aminoácidos en su pasaje por la barrera al cerebro, la secreción de serotonina se ve sobre estimulada por la cuantiosa presencia de su precursor el triptofano.

Entonces, una vez que se consume *CSR*, las hendiduras sinápticas se ven repletas de estos neurotransmisores y la persona comienza a sentirse mejor (el efecto de euforia). En virtud de esta sobre existencia de neurotransmisores se produce una autorregulación, se envía la señal para dejar de producirlos de forma natural. Así se genera una cadena en donde se hace constante la necesidad de *CSR* para llegar al nivel anterior. Esta autorregulación se debe a que el cerebro intentara compensar la prolongada presencia de ciertos neurotransmisores mediante la disminución de sus efectos o asumiéndolos como constantes en la

actividad cerebral. De este modo, en el caso de la adicción a los carbohidratos el cerebro intenta compensar esta artificial presencia de neurotransmisores disminuyendo su producción normal o disminuyendo la sensibilidad de los receptores post-sinápticos. Es así que se desarrolla la “tolerancia”, donde cada vez se necesita más cantidad de *CRS* para sentir el mismo efecto.

IV. Modelo Evolutivo

Lagarde, L. M. (2006) sostiene que este modelo se remonta a un tiempo en la historia de la humanidad en el que se debían almacenar grasas, ante la incertidumbre de hallar alimentos; haciendo que las grasas almacenadas se convirtieran en un mecanismo de defensa contra el hambre, y por tanto útiles para la sobrevivencia. Los individuos que tendían a almacenar y proteger estas reservas de grasas se situaron en ventaja a través de la historia. Esta tendencia de almacenar grasa puede explicar la facilidad de ganar peso y la dificultad para perderlo. La regulación del peso era una estrategia de adaptación al medio; es decir se preparaba una constitución física especial para poder soportar el frío del invierno. Este modelo hace reflexionar el hecho de que nuestro cuerpo tuvo un desarrollo en un ambiente muy distinto al de ahora, se caminaban distancias considerables para trasladarse, obtener alimento y protegerse, había una protección social muy marcada, además de que las expectativas de vida eran cortas, se fallecía de enfermedades infecciosas; actualmente los avances en medicina han hecho posible vivir más años, vivimos en condiciones ambientales totalmente distintas para lo que nuestro organismo esta construido biológica y genéticamente. Ahora la sociedad ha diseñado otro tipo de exigencias, como una constitución física distinta, porque ya no es necesario almacenar grasa como manera de sobrevivir, plantea estilos de vida distintos, entre muchas otras situaciones.

2.5.2. Modelos Sociales

Se plantea que las personas tienen distintas clases de motivaciones para comer, incluyendo simplemente el placer personal de comer, los antecedentes culturales del individuo, entre otras circunstancias que lo ponen en interacción con la comida, al respecto Ramsay, Seeley, Boller & Woods, 1996 (citados en Brannon y Feist 2001) plantean el modelo del incentivo positivo, el cual consiste en lo siguiente:

I. Modelo del incentivo positivo.

De acuerdo con este modelo, los mecanismos de reforzamiento positivo de la comida tienen una fuerte influencia en el mantenimiento del peso. Sugiere que las personas tienen diferentes motivaciones para comer, incluyendo, el simple placer por comer (preferencia por determinados sabores u olores, quizás la presentación de los alimentos, por ejemplo) el contexto social (antecedentes culturales de la persona, las personas presentes y si estas comen o no, el sentido que le den a la comida) factores biológicos (el tiempo que ha durado la ingestión del alimento, nivel de glucosa en la sangre) entre otros. Este modelo incluye una combinación de estos elementos motivadores para comer, sin embargo, la premisa principal es que las personas aprenden a regular su nivel de alimentación (la cantidad, momento, las características de la comida, costumbres) en lugar de existir un punto de partida que les controle y esto se expresa en el peso corporal. Es así que en cada persona el acto de elegir algo que comer tiene una larga historia de experiencia personal y aprendizaje cultural; ya que los alimentos que resultan favoritos no son apetecibles en todo momento.

Otro factor que mencionan que influye en la sobrealimentación es la disponibilidad de una gran variedad de alimentos, ya que esto indica que el menú que tienen para escoger y experimentar nuevos sabores es muy amplio. Las personas que se encuentran en este círculo difícilmente se sacian.

Se plantean entonces esta pregunta ¿cómo pueden escapar algunas personas a la obesidad?, dando como respuesta la cultura y el aprendizaje, de modo que socialmente es aceptado estar muy pendiente de las cantidades y las propiedades de lo que se come, es decir, de forma que se ha convertido en un estilo de vida para muchas personas. Estos individuos son capaces de evitar sobrealimentarse mediante un esfuerzo conciente de limitación. Estos esfuerzos generan patrones alimenticios en estas personas, su conciencia constante del proceso alimenticio y su miedo a comer demasiado. Estos son síntomas evidentes de que la sociedad cambia y los estilos de vida se modifican, se emplean demasiadas grasas y azúcares para elaborar alimentos, existe un “desorden” al comer, pues se puede ingerir cualquier producto en cualquier momento, sin algún orden. Esta “nueva” situación también llevada a sus límites es lo que está dando lugar actualmente a los trastornos de alimentación, del lado de la desnutrición. Se puede pensar que las sociedades modernas necesitamos aprender a comer.

II. Psicología aplicada al ámbito de la Salud

La psicología ha colaborado con valiosas investigaciones en lo concerniente al campo de la salud, y de manera particular al problema de la obesidad. Tratemos brevemente la forma en la que la Psicología se involucra en problemas de salud. Se puede señalar que la psicología surge como una tecnología para la solución de problemas en el campo de los trastornos de comportamiento y de la educación; con gran participación en la medición de aptitudes (Rodríguez, L. 2002). Por tal motivo el crecimiento de la psicología clínica y de la salud ha tenido como determinante el cambio que ha experimentado el concepto de salud; la vieja dicotomía de salud física- salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente biopsicosocial del enfermar. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de los equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios.

Matarazzo, J. (1984) define la psicología de la salud como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud. En este sentido conviene llamar la atención sobre el hecho de que la psicología de la salud no solo toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos de índole individual, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con más dedicación a los procesos, estados de salud y bienestar tanto de los individuos como de los grupos humanos. De modo que los diferentes tipos de intervenciones están dirigidas a:

1. Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
3. Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
4. Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

De acuerdo con Oblitas, L. (2004) el psicólogo de la salud se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica; así como planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos; identificando *factores conductuales de riesgo*, así como afrontamiento al envejecimiento biológico de cada etapa de la vida, aplicando el conocimiento, las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad; con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.

Para todo ello es necesario comprender a qué nos referimos en esta investigación cuando hablamos sobre *factor de riesgo*, siendo éste cualquier característica o condición que está presente con mayor frecuencia en la gente que tiene un determinado trastorno en comparación con la frecuencia con que aparece en gente que no sufre dicha enfermedad. (Brannon y Feist, 2001)

En psicología de la salud a las conductas que aumentan el riesgo de enfermar Matarazzo (1984) les ha denominado como patógenos conductuales, por ejemplo fumar, beber alcohol, estrés, sedentarismo, principales causas de muerte y factores de riesgo asociados; y aquellas que lo reducen son los *inmunógenos conductuales*. Él también menciona que investigaciones de varios especialistas muestra que, los factores conocidos de riesgo a muerte prematura es dos veces mayor en aquellos individuos que se encuentren en cualquiera de estas conductas potencialmente patógenas: 1) fumar, 2) trabajar demasiado y vivir bajo un estilo de vida de estrés crónico, llamado tipo conductual A (especialmente su componente de hostilidad), y 3) la sobrealimentación con ganancia de 50% de peso sobre lo normal.

Uno de los mejores ejemplos de inmunógenos conductuales nos lo proporciona un amplio estudio realizado en Estados Unidos, con una muestra de 7000 personas seguidas a lo largo de nueve años y medio donde se encontró una asociación muy estrecha entre la longevidad y siete conductas de salud, a los cinco años y medio y a los nueve años y medio del seguimiento: 1) dormir de 7 a 8 horas; 2) desayunar casi todos los días; 3) tres comidas al día, sin picar entre ellas; 4) mantener el peso corporal dentro de los límites normales; 5) practicar ejercicio físico regularmente; 6) uso moderado del alcohol o no beberlo; y 7) no fumar. (Breslow y Enstrom, 1980; en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995)

Lo anterior hace pensar que para hacer frente a este problema como psicólogos de la salud, debemos prestar mucha atención a diversos factores que bien pueden ser detonadores, factores de riesgo e incluso que mantengan a una persona en la obesidad.

2.6. Patógenos conductuales implicados en el desarrollo de la Obesidad

Se ha encontrado que hay un repertorio muy amplio de conductas patógenas que facilitan el desarrollo de la obesidad, tales como: la vida sedentaria, hábitos de alimentación, dietas, horas de sueño; en seguida se ahondará en cada una de ellas.

2.6.1. Vida Sedentaria

La actividad física reducida es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad entre las personas de las sociedades opulentas. En algunas, los Estados Unidos, por ejemplo, la obesidad es hoy dos veces más frecuente que en el año 1900, aun cuando el término medio de calorías consumidas diariamente ha disminuido un 10%. Las personas sedentarias necesitan menos calorías. El aumento de la actividad física hace que las personas de peso normal coman más, pero puede que no ocurra lo mismo en las personas obesas.

(<http://www.obesitychoises.com/espanol/menu3.html>, consultada en enero de 2007)

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 (En red: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>, consultada en enero de 2007) aplicó un cuestionario de actividad física a 24 921 adolescentes entre 10 y 19 años de edad (12 520 mujeres y 12 401 varones) permitió captar información sobre las horas semanales en que los adolescentes realizaron actividad física o permanecían inactivos. Se preguntó sobre: a) la actividad física vigorosa, definida

como actividades que requieren un gasto de energía equivalente a cinco MET/hora (unidad de gasto energético por actividad física), como jugar fútbol, básquetbol, voleibol, karate, artes marciales, natación, aeróbicos, bicicleta, patineta, bailar, ballet, gimnasia u otras actividades donde es necesario correr o agitarse, b) actividades moderadas que requieren un menor gasto de energía como limpiar la casa, caminar, cargar cosas, c) actividades sedentarias que requieren un mínimo gasto de energía, horas en las que se ve TV, películas, se juegan videojuegos, se investigo sobre el tiempo dedicado a cada una de estas categorías de lunes a viernes y en el fin de semana. Se identificó el tiempo dedicado a actividades vigorosas, moderadas y sedentarias. No se toman en cuenta las horas de sueño. Se trata de ubicar patrones en los estilos de vida, ya sea activo o sedentario, para poder clasificarlos se tomo en cuenta a aquellos adolescentes que reportaron realizar al menos siete horas a la semana de actividad moderada y/o vigorosa fueron clasificados como activos. Los que dijeron realizar menos de siete horas y al menos cuatro, como moderadamente activos, y como inactivos a los que realizan menos de cuatro horas de actividad moderada y/o vigorosa. Los resultados mostraron que 35.2% de los adolescentes resultaron ser activos, 24.4% son moderadamente activos y 40.4% son inactivos. Del total de esta población más del 50% reportan pasar más de dos horas diarias frente al televisor y de éstos más de una cuarta parte pasa hasta tres horas por día en promedio. Como conclusión la ENSANUT 2006 menciona que los adolescentes mexicanos realizan menos actividad física moderada y vigorosa de la que se requiere, solo la tercer parte realiza el tiempo recomendado (32.5%), hay que agregar que mas de la mitad dedica más de doce horas frente a la pantalla.

Por lo que la promoción de actividad física y la disminución de actividades sedentarias, junto con una dieta adecuada son acciones necesarias para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad, en la adolescencia, y por consiguiente del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas en la juventud y en la edad adulta.

Cada vez hay más consenso en que se debe proporcionar información a los niños y a los adolescentes sobre estilos de vida favorables, junto con entornos que permitan el desarrollo de actividad física así como una dieta saludable que sustituya al modo actual que favorece el sedentarismo y el consumo de alimentos altamente energéticos, altos en grasa y azúcares simples, y bajos en fibra. Las acciones se deben implementar en el hogar, la escuela, la comunidad y deben contar con la participación de instancias gubernamentales y sociedad civil.

2.6.2. Hábitos Alimentarios

Los hábitos alimentarios aprendidos durante la infancia influyen los hábitos del adulto. Las creencias que una persona posee pueden ser una realidad; para ella y su comportamiento se puede ver influenciado por dichas creencias, por ejemplo, hay quienes piensan que un bebé rollizo es sinónimo de “salud y belleza” y que un adulto obeso “posee fortaleza”. Algunas personas utilizan muchos argumentos para justificar su obesidad: “como mis padres son gordos les heredé”, cuando lo que en realidad se hereda son los hábitos alimenticios o la constitución física. (León, C. D. 2001).

Este mismo autor dice que el optar por dietas poco saludables y el abandono de la actividad física, son algunas de las principales causas de la alta incidencia de la obesidad. Ejemplo de ello puede ser la dieta mediterránea, que ha provocado un fuerte desequilibrio, la comida principal del día se realiza fuera de casa y cada vez más se opta por comidas fáciles de preparar y rápidas de consumir, que en la mayoría de los casos, no son equilibradas desde un punto de vista nutricional.

2.6.3. Dietas

La influencia de los medios de comunicación que venden la idea de que para perder peso, es suficiente aplicarse kilos de cremas y enredarse en bolsas de plástico, fajas que calientan el área que se desea adelgazar, pastillas

instantáneas, someterse a portar una estructura de yeso que dejará una figura de modelo, en fin, aparatos que sin hacer gran esfuerzo harán delgados a quienes los usen; queda la opción quirúrgica para aquellos que tienen más presupuesto, estas son algunas de las ideas que se venden en la actualidad por medio de la TV, el radio, las revistas, prensa, Internet, entre otros medios masivos de comunicación; tomando en cuenta que ese mercado ya no solo es para las mujeres adultas, sino también para las más jóvenes, que en la mayoría de las veces caen en los trastornos de la alimentación, llegando a tomar medidas que ponen en riesgo su salud, y no solo eso, sino que muchas sienten que realmente no encajan en la sociedad sino modifican radicalmente su apariencia, no se toma como cierto el que el autorespeto y la autoestima no deben ser valorados por un cuerpo. De hecho la palabra dieta tiene una connotación social de “control”, y no una verdadera conciencia para recuperar la salud, en el caso de la obesidad.

De acuerdo con datos de la ENSANUT 2006 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en red: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf> enero de 2007) la presencia de conductas alimentarias de riesgo en población de jóvenes se ha convertido en un problema social. Los resultados señalan que el 18.3% reconocieron que en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta les preocupó engordar, comer demasiado, o bien perdieron el control para comer, junto con otras practicas de riesgo como las dietas sin supervisión, el ayuno, el ejercicio excesivo, con el objetivo de bajar de peso, de estas conductas el 2.3% reporto haberlas realizado. En menor porcentaje se presentaron otro tipo de métodos para bajar de peso, como lo fueron el vómito inducido, laxantes, pastillas, se observo que la practica de estas conductas afecta a las mujeres en mayor proporción, entre ellas las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años de edad.

Es importante tomar en cuenta que muchas veces las personas que se perciben con aumento de peso u obesas recurren a dietas extremas que pueden poner en riesgo tanto su salud como su vida, pocas veces recurren a profesionales que les pueden educar en cuanto a sus hábitos alimenticios y su estilo de vida.

Una dieta baja en grasas y elevada en carbohidratos no es sana, puede disminuir el colesterol total, pero lo hace disminuyendo también el HDL. Si bien la mayoría de las personas cree que reduciendo la grasa se beneficiará al organismo al tener un cuerpo más magro y prolongar su vida, pero es una idea equivocada. De acuerdo con Peresmitré G. G. y Ávila, A. E (1998) los resultados de una dieta inadecuada se pueden manifestar como signos clínicos de hipotiroidismo (agotamiento físico, intolerancia al frío, resequedad, entre otras) aunque en los resultados de las pruebas resulten normales. Además que resulta usual que pacientes que se saltan comidas constantemente sientan hambre hasta que empiezan a comer, una vez que esto sucede sienten que no pueden parar.

Por lo cual una de nuestras tareas como profesionales de la salud es desarrollar la autonomía de nuestro paciente, ayudarlo a construir elementos para que culmine con éxito su tratamiento, retome el control tanto de su vida como de sus decisiones, darle al paciente su valor como persona.

2.7. La obesidad como riesgo de otras enfermedades

La cuestión del efecto de la obesidad sobre la salud es complicada. La respuesta depende del grado de obesidad de una persona, sus antecedentes en las variaciones cíclicas de peso y la distribución del mismo. Mucho he mencionado el hecho de que la obesidad esta intrínsecamente vinculada con otros graves trastornos crónicos de la salud, por lo que en las próximas líneas abordare de manera muy concreta cómo es que se presenta esta relación.

Con respecto al SROS, el cáncer, las complicaciones metabólicas, endocrinológicas y la diabetes mellitus tipo 2, López, A.J. y González-García, L. (2001) y Torres (2004) han encontrado lo siguiente:

2.7.1. El Síndrome Apnea Obstructivo del Sueño (SAOS)

El Síndrome de Apnea Obstructivo del Sueño (SAOS) es más frecuente en pacientes con Obesidad extrema, debido a que la misma favorece la obstrucción de la vía respiratoria superior durante el sueño, a causa de una disminución anatómica del calibre, los síntomas más comunes son ronquidos y somnolencia diurna excesiva. Estos pacientes cursan con hipoxemia lo que aumenta el riesgo de arritmias cardíacas. Durante la apnea se incrementa la presión arterial y en casos graves se acompaña de hipertensión pulmonar crónica.

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, al realizar un esfuerzo mínimo, incluso al estar acostado porque aumenta la presión abdominal disminuyendo el volumen respiratorio. La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones.

2.7.2. Cáncer

Ciertos tipos de *cáncer* son más frecuentes en los obesos que en las personas que no presentan este trastorno, como el cáncer de mama, de útero y de ovarios en las mujeres y el cáncer de colon, de recto y próstata en los varones. Los trastornos menstruales son también más frecuentes en las mujeres obesas y la enfermedad de la vesícula biliar se produce con el triple de frecuencia en ellas.

Con respecto al riesgo de desarrollar cáncer de mama la hiperinsulinemia parece que favorece la actividad invasiva de las lesiones preneoplásicas como el carcinoma ductal *in situ*. Por tanto, la disminución de peso combinada con un programa de ejercicio podría disminuir las concentraciones de estrógenos e

insulina en las mujeres obesas, y disminuir su riesgo a desarrollar este tipo de cáncer.

2.7.3. Diabetes Mellitus tipo 2

La obesidad influye directamente en el desarrollo de *diabetes tipo 2*, con lo que disminuye el efecto de la insulina sobre los tejidos periféricos. La causa parece ser una alteración en el funcionamiento del receptor de insulina, lo que conduce a una hiperinsulinemia compensadora. Posteriormente, llega un momento en que el páncreas se agota y las cifras de glucosa en sangre se elevan. Se ha demostrado una relación directa entre el IMC y la posible existencia de diabetes. Los diabéticos tienen un IMC medio de 29,55 mientras que los individuos con peso normal tienen un IMC medio de 26,1. La prevalencia de diabetes se incrementa al aumentar el IMC, el riesgo se calcula en 6,7% con un IMC > 25, en 9,8% con IMC > 27 y del 11,7% con un IMC > 30, como se puede observar, el riesgo crece al ser mayor el IMC. La resistencia a la insulina favorece tanto la ganancia de peso como dificulta la pérdida del mismo.

2.7.4. Endócrinas

Aunque es bien sabido que la obesidad tiene una estrecha relación con las alteraciones de tipo menstrual, las causas parecen ser diversas. Sin embargo la obesidad se asocia con alteraciones en la función reproductiva. Esto se debe a que el ovario posee receptores de insulina y de otra hormona llamada IGF-1, en la que la hiperinsulinemia ocasiona reactividad. A pesar de que el problema de ovarios poliquísticos es más frecuente en mujeres con obesidad, la causa aun es desconocida.

En hombres la obesidad extrema se asocia a la disminución de la testosterona en suero y aumenta los estrógenos. Los cambios en el equilibrio de

estas hormonas esteroideas puede afectar la intensidad y duración de la acción de la LH sobre el aparato sexual.

2.7.5. Cardiovascular

Aproximadamente el 50% de los individuos hipertensos tienen Obesidad. Esta es un factor de riesgo de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y de dislipidemias. Este aumento del riesgo se produce en la obesidad androide o abdominal, aunado a un ICC considerado como riesgoso. Se debe al trabajo que es sometido el corazón de una persona obesa, ya que la excesiva masa de tejido adiposo requiere un aumento en la vascularización, requiriendo de un mayor volumen sanguíneo circundante. Con el tiempo la dilatación del miocardio será evidente. La hipertensión y la obesidad son factores de riesgo de morbilidad cardiovascular.

En este sentido, las estadísticas que proporciono la Encuesta Nacional de Salud en el año 2000 (<http://www.ims.gob.mx>) sobre la mayor incidencia del binomio Obesidad-HTAS (hipertensión arterial sistólica) se registro en la parte norte del país (IMC mayor igual a 30) fue de 24.4%. De estos, 46.8% registro hipertensión arterial al momento de la encuesta. Mientras que la prevalencia de hipertensión arterial en la población no obesa fue de 24.6% ($p<05$). Lo anterior representó un riesgo de 2.6 veces más de ser hipertenso si se es obeso. Además, del total de toda la población hipertensa en ENSA 2000 el 38% fue obeso, mientras que, de toda la población no hipertensa el 18.6% fue obeso. Hubo un incremento notable en la prevalencia de hipertensión arterial de acuerdo al IMC. Al hacer el desglose por género se encontró que el impacto del sobrepeso en la hipertensión arterial es significativamente mayor para el hombre, pese a que la prevalencia de obesidad fue mayor en la mujer. Así la prevalencia de HTAS en aquellos con un IMC (mayor igual a 30) fue de 46.1% en el hombre y 36% en las mujeres, ambos superaron la prevalencia global nacional del 30.05%.

Por lo tanto el ser obeso incremento la prevalencia de HTAS en todos los subgrupos de edad. Fue notable que del 53.1% de las personas encuestadas que se sabían hipertensas y no tomaban medicamento el 71.3% era obeso.

Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López-R. (2004) refieren lo siguiente en cuanto a la obesidad y el riesgo quirúrgico, así como de los problemas ortopédicos que ésta contrae, en seguida se explica de que manera.

2.7.6. Riesgo quirúrgico

Obesidad y aumento del riesgo quirúrgico: La cirugía en personas obesas tiene una mayor morbilidad debido a posibles complicaciones anestésicas y pulmonares posquirúrgicas (atelectasias, neumonías y tromboembolismos), con dificultades en la desconexión del respirador. Además son frecuentes las complicaciones y los abscesos en la herida quirúrgica, con mayor frecuencia de dehiscencia de suturas.

2.7.7. Problemas Ortopédicos

Las alteraciones músculo-esqueléticas asociadas a la obesidad se observan desde la infancia. La obesidad puede causar varios *problemas ortopédicos*, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la osteoartritis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos, que puede llegar a ser muy incapacitante. En el caso de las rodillas se debe al desgaste de los cartílagos articulares por el aumento de estrés físico, alterando las articulaciones, volviéndola más áspera y quebradiza, de forma que puede llegar a tocar hueso con hueso, lo que deteriora rápidamente la función de la articulación, haciendo más propenso a fracturas. Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente asimismo la

tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).

En el apartado siguiente se esboza brevemente la situación de la obesidad en nuestro país, lo que sucede con la población e jóvenes mexicanos que la presentan, así como las repercusiones que conlleva la obesidad en esta etapa de la vida.

2.8. Epidemiología en jóvenes mexicanos

A nivel mundial es conocido el hecho de que nuestro país se ubica en el segundo lugar con población obesa, seguido de E.U. quien encabeza la lista.

Como ya mencionamos, la obesidad es considerada como un grave problema de salud pública. De acuerdo a los datos epidemiológicos que proporcionan autores como Unikel, S. C., Villatoro, V. J. A., Medina-Mora, I. M. E., Fleiz, B. C., Alcantar, M. E. N. y Hernández, R. S. A. (2000), algunos estudios en Estados Unidos han reportado que cerca del 15% de los hombres y el 20% de las mujeres, tienen más de un 20% por arriba de su peso deseable.

En México, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, (ENEC, 1993, en red: <http://www.enec.com.mx>, enero de 2006) mostró que la prevalencia de obesidad en adultos de ambos sexos era de 21.5%. Para el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) reportaba que el sobrepeso y la obesidad son problemas que afectaron a cerca del 70% de la población, de los cuales 71.9% mujeres y 62.7% varones, de entre 30 y 60 años. Llegando a la conclusión de que entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad ($IMC \geq 27$) que entre los hombres, también observaron que la prevalencia de obesidad entre los adultos iba en aumento con el tiempo.

Cifras más recientes en población joven presentó 2006 la ENSANUT (<http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>) a nivel nacional cubrió a 25 166 adolescentes de 16 a 19 años de edad y a 45 446 jóvenes (mayores de 20 años) encontró en estos últimos que alrededor del 34.5% de mujeres y 24.2% de varones tienen obesidad, dicho incremento debe tomarse en cuenta ya que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas. Añade información sobre la distribución de la grasa, encuentra que con respecto a la circunferencia de cintura cadera a nivel nacional (en base a medidas antropométricas adoptadas por el IMSS) el 83.6% de mujeres presentan una circunferencia de cintura de riesgo (≥ 80), mientras que para los hombres el porcentaje de cintura de riesgo fue de 63.8% (≥ 94). Con respecto al grupo de edad, en los varones la circunferencia de su cintura incrementaba conforme aumentaba la edad, la prevalencia menor se encontró en mujeres de 20 y 29 años de edad, y la más alta en mujeres de 50 a 59 años de edad. A partir de los 60 años de edad la prevalencia disminuyó en ambos sexos, esto probablemente se deba a las enfermedades que ocurren en esta etapa de la vida y que implican pérdidas de peso.

Las cifras anteriores nos permiten inferir que es más grande la proporción de mujeres con obesidad que de varones, con respecto al sobrepeso ocurre que son los varones quienes lo presentan en mayor medida, en cuanto al ICC hay mayor número de mujeres con una cintura mayor a 80cm en edades, pero los varones aunque en proporción son menos tienen medidas de cintura de más de 94cm.

2.8.1. Aspectos psicológicos en jóvenes Obesos

Conviene precisar que la adolescencia es una etapa donde ocurren cambios físicos, emocionales, conductuales; hay una búsqueda de valores propios; llegan a presentarse conflictos entre los valores de casa, los de la escuela, los de otros individuos con los que conviven. Los jóvenes vivencian

conflictos que tienen que ver con lo que el adolescente tiene y quiere tener, lo que es y lo que quiere llegar a ser, y lo que el medio le exige.

El contacto de primer instancia es la familia, el día a día de la vida familiar, las formas de actuar de los padres, son el primer referente conductual de los hijos, son el modelo para aprender gustos, gestos, habilidades, hábitos alimenticios, estilos para manifestar afecto, se construyen criterios para hacer amigos de la comunidad y de la escuela, así como optar por ciertas actividades deportivas o la vida sedentaria, actividades religiosas o artísticas, novios e incluso pareja para formar familia. En síntesis podemos afirmar que los padres educan más de lo que suponen, lo hacen de manera explícita e implícita, sobre todo con el ejemplo. Algunos padres transmiten valores positivos por medio de sus pláticas y reflexiones, otros transmiten, sin ser muy conscientes de ello, valores negativos con sus propias acciones (Becker, 1977; en Coll, C. 1992).

Otro campo de interacción de los jóvenes es, propiamente, el ámbito escolar. En cualquier ámbito los jóvenes regularmente se unen por procesos de empatía, identificación y aceptación de ciertas características. Algunos aspectos que influyen son el género, el lugar de residencia, la escuela, actividades lúdicas, la edad, el aspecto físico, la religión, actividades políticas, el trabajo, entre otras. Algunos logran desarrollar respeto, cooperación, lazos de amistad, competencia, compañerismo, también está la posibilidad de que ocurran eventos menos afortunados, como el rechazo, la crítica, burlas, violencia, prepotencia, deslealtad, etc.

En las aulas de clase, los jóvenes se ven expuestos a burlas, ridículos, agresiones verbales y físicas; las consecuencias para cada uno de ellos son distintas, hay un doble reto: no solo hay que cumplir con exigencias académicas sino también desarrollar una autoestima fuerte para enfrentar la presión social de los compañeros.

Otro aspecto que genera conflictivo en la vida del joven es la alimentación. Algunos comen de más, otros menos, e incluso algunos llegan al extremo de casi no comer. Desde luego, estas situaciones tienen consecuencias desagradables en el cuerpo, la autoestima y en las relaciones sociales.

Los desordenes que se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia son: anorexia, bulimia y obesidad, cualquier de ellas genera alteraciones en la salud y conflictos en la imagen de sí mismos, en las relaciones personales. Es una etapa en la que los criterios estéticos influyen las decisiones de los jóvenes, sobre todo en las mujeres que quieren igualar la figura que esta de moda, para lograrlo se valen de estrategias como: aprender a comer controlando la ingesta de calorías o practicando algún deporte, medicamentos, cremas, laxantes, ejercicios excesivos o incluso a trastorno de la alimentación como la anorexia y la bulimia.

También es conocida la tendencia de los jóvenes a consumir “alimentos chatarra”, hay que agregar la poca o nula actividad física, mal manejo de la ansiedad, entre otras circunstancias. La obesidad es un desorden alimenticio que ocurre con frecuencia entre los adolescentes, las repercusiones psicológicas son muy variadas, van desde problemas con la percepción de su imagen corporal, baja autoestima, depresión, estrés, ansiedad, problemas en su desarrollo académico, intervienen los malos hábitos culinarios en la familia, influencia de la publicidad para elegir cierto tipo de alimentos, estilo de vida sedentario, la presencia de alguna enfermedad además de la obesidad.

En el plano social los jóvenes con obesidad son objeto de burlas, bromas e insultos y segregación entre otras. Con el propósito de tratar los aspectos psicológicos que están implicados en los jóvenes que presentan obesidad, se presenta evidencia empírica al respecto.

La obesidad al igual que el sobrepeso se puede presentar en cualquier época de la vida de la persona. En México, 10.5 millones de habitantes son

adolescentes de los cuales aproximadamente el 29% presentan sobrepeso u obesidad, siendo la mayor prevalencia en el sexo femenino (Villanueva, S. J. y Ramírez M. E. 2004).

El sobrepeso en la adolescencia se considera un riesgo para la obesidad en la edad adulta, se estima que si la obesidad se presenta después de la adolescencia la posibilidad de lograr un peso adecuado es de 1 a 28 (Juárez-López, L. A. 2006) lo cual incrementaría el riesgo de que la persona presente patologías como hipercolesterolemia, intolerancia a la glucosa, diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión y algunas formas de cáncer, entre otras complicaciones.

Durante el proceso de formarse como profesionales, los estudiantes que asisten a la universidad no sólo deben esperar lidiar con las clases, los exámenes y trabajos en equipo, muchos pueden sufrir alteraciones en su estado de salud, podrían aumentar de peso, disminuirlo, presentar e incluso agravar algún trastorno de la alimentación, modificar sus horas de sueño, de comida, su vida social, manejar los constantes estado de estrés, ansiedad, en fin deben tratar de adaptarse a cambios en su estilo de vida .

En tanto, otro estudio realizado a 383 estudiantes en una universidad privada del noreste estadounidense reveló que, durante el primer año cursado, los varones subieron un promedio de 2,5 kilos y las mujeres 1,6 kilos. Al respecto no se reportan a detalle ambas investigaciones, solo que fueron patrocinadas por los Institutos Nacionales de Salud y la Fundación Robert Wood Johnson. Los investigadores responsabilizaron al estrés académico, los cambios en el apoyo familiar, el alcohol y el fácil acceso a comidas con alto contenido graso como las principales causas de este aumento de peso entre los universitarios. (Clarke, 2006. En red: <http://www.medlineplus.com>)

¿Qué pasa con la población universitaria de nuestro país?, al respecto, Mancilla, D. J. M., Franco, P. K., Álvarez, R. G., López, A. X., Vázquez, A. R. y Ocampo, T. G. T. (2004) como grupo de investigación en Nutrición de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Campus Iztacala; reportan en un artículo sobre el riesgo de desarrollar una alimentación anómala asociada a algunas conductas y actitudes sociales propias de los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria), en una muestra de universitarios a través del EMA (Examen Médico Automatizado-UNAM) a los estudiantes de primer ingreso generación 2003, de esta Universidad.

De acuerdo con estos mismos autores los TCA son aquellos procesos psicopatológicos que conllevan a graves anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos, donde se presenta una alteración psicológica acompañada en una distorsión en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad. Las conductas relacionadas con la alimentación anómala no son exclusivas de pacientes con TCA, ya que en nuestros días la creciente presión social, y la discriminación que un gran sector de la población manifiesta hacia las personas con sobrepeso u obesidad, han venido generando preocupación por el peso y la figura corporal.

Para lo cual participaron voluntariamente 1 625 alumnos (lo que corresponde al 73.81% de la generación 2003). El instrumento que se utilizó fue el EMA, el cual evalúa aspectos físicos, psicológicos y sociales, relacionados con la salud, junto con 10 reactivos derivados de una batería psicológica elaborada por dicho proyecto de investigación. Como variables de agrupamiento se consideraron el género, el intentar bajar de peso, dejar de comer un día o más y hacer dietas frecuentes. Este instrumento lo aplicaron a los alumnos de nuevo ingreso de la generación 2003, los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS V. 10 (Statistical Package for Social Science). La muestra estuvo conformada por 470 hombres y 1 155 mujeres, la media de edad de la muestra fue de 18.6 años, particularmente, para los varones fue de 19.2 y en las mujeres de 18.4 años de

edad. El IMC en varones fue de 23.5 y mujeres de 25. Los resultados mostraron que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones, así como también han recurrido más a utilizar dietas restrictivas para controlar su peso. En los aspectos sobre la preocupación por la figura se presentó más en mujeres, mientras que los varones obtienen puntuaciones más altas en el uso de laxantes o diuréticos para controlar su peso, y una ingestión copiosa de alimentos (“continuar comiendo hasta pensar que se puede estallar”). En el análisis sobre “intentar bajar de peso”, “dejar de comer un día o más” y “hacer dietas frecuentes”, las mujeres puntuaron más alto. Esos datos pueden relacionarse con el desarrollo de algunos trastornos en la salud, por ejemplo en las chicas con obesidad el hacer dietas frecuentes las lleva a un aumento de peso superior al que registraron cuando hincaron la dieta, las puede llevar a presentar anemias por desnutrición, o incluso favorecer problemas de articulación en jóvenes obesas que realicen ejercicio excesivo sin una adecuada instrucción, en caso de que padezcan problemas cardiovasculares estas medidas generarían más complicaciones por realizar demasiado esfuerzo.

A la luz de estos resultados podemos darnos cuenta de la importancia no solo de detectar comportamiento alimentarios anómalos, también por que los datos sobre la preocupación por la figura en mujeres apoya la literatura se ve influenciada por el contexto social, en el que se promueve la excesiva delgadez, y favoreciendo el desarrollo de los TCA. Llama la atención el dato sobre los periodos de sobrealimentación más frecuentes en los varones de este estudio, podríamos especular que este tipo de comportamiento puede verse influenciado por el contexto social, en el que este tipo de conductas es más aceptado para los varones.

La importancia que la conducta alimentaria puede tener en la obesidad y la escasa información que al respecto tenemos sobre los adolescentes mexicanos, dio origen al propósito del trabajo realizado por Peresmitré y Ávila (1998) en el que se tiene como objetivo explorar la relación entre la conducta alimentaria y

obesidad, comparando estas variables en grupos de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal (peso por debajo de la norma, peso normal, sobrepeso y obesidad). El peso corporal se determinó por el IMC de acuerdo con los puntos de corte derivados de los primeros estudios de validación diagnóstica del IMC en adolescentes mexicanos (Saucedo, T. y Gómez Peresmitré, G., 1997, en Peresmitré y Ávila, 1998).

Se trabajó con un diseño de cuatro grupos con observaciones independientes y con una prueba no probabilística (N=222) conformada por adolescentes varones (124) y mujeres (98), la edad promedio $X=16.96$, $DE=2.21$. Los grupos por peso corporal se ordenaron: peso por debajo de la norma (PAN=52); peso normal (PN=52); sobrepeso (SP=52); y obesidad (OB=66).

El instrumento fue un cuestionario que explora conductas alimentarias normales y anómalas, denominado Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA). La versión para mujeres tiene 9 factores, los cuales agrupan 49 reactivos, con 5 opciones de respuesta cada uno. La versión para hombres compuesta por 8 factores, agrupados en 51 variables con 5 opciones de respuesta cada uno. La aplicación fue colectiva, tomaron medidas antropométricas como el peso, estatura, para obtener el IMC (peso/estatura al cuadrado). Esto sirvió para conformar los grupos con un IMC: 15-18.9 PAN; de 19-22.9 PN; 23-27 SP; >27 OB.

Los resultados mostraron que los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación se presentaron de manera más importante entre las adolescentes mujeres que entre los varones. Entre las mujeres el *factor conducta alimentaria compulsiva* fue el de mayor peso. Resulta interesante hacer notar que las adolescentes de peso normal son las que respondieron tener en menor medida dicha conducta, lo contrario que las adolescentes obesas. Además las chicas con peso por debajo de lo normal mostraron mayor tendencia a este tipo de conducta.

Entre los hombres no aparece como significativa la conducta alimentaría compulsiva.

De la misma manera la *conducta alimentaria normal* se presenta más entre las adolescentes con peso normal (la media es más pequeña) que entre las más delgadas, y en menor medida en chicas con sobrepeso y obesas.

Con respecto a los resultados asociados con la explicación (atribución del control interno o externo) estos autores encuentran que las adolescentes hacen con respecto a ciertas conductas alimentarias. Por ejemplo, asociar el control de la ingesta con el control de otras conductas, ventor admiración, respeto, etc., por personas que colmen con medida; fueron respuestas aceptadas por la mayoría por las chicas con sobrepeso y las de peso normal, mientras que las obesas y con peso por debajo de la norma lo hicieron menos.

Las chicas obesas fueron las que en menor medida aceptaron que ciertas conductas alimentarias pudieran involucrar explicaciones fatalistas (“genio y figura hasta la sepultura”, “en el comer y el rascar, el trabajo es comenzar”, etc), mientras que las adolescentes con peso normal las que aceptaron con mayor porcentaje estas ideas. Entre los hombres, se encontró un factor que no estuvo presente en las mujeres, el de la *conducta compensatoria*, los adolescentes obesos respondieron tener menos conductas alimentarias de este tipo (“la comida me tranquiliza”, “aburrido, me da por comer”) mientras que sucedió lo contrario con los demás.

Como se puede ver los resultados a los que llegaron dichos investigadores son congruentes con lo que la literatura menciona, ya que los grupos cuyo peso se encuentra fuera de la norma (arriba o por debajo) presentan más conductas alimentarias anómalas (conductas compulsivas) y menos conductas alimentarias normales. Uno de los factores de riesgo más importantes de los trastornos de alimentación es el que agrupa variables que exploran preocupación por el peso y

por la comida. En este caso los resultados mostraron que el grupo que menos problemas tuvo es el grupo de adolescentes hombre y mujeres con peso por debajo de la norma; la preocupación incrementa con el peso, esto es, mayor peso más preocupación, aunque en las mujeres esto se ve más marcado en las mujeres con sobrepeso que en las obesas. Este factor fue el único común por género.

Este estudio permite confirmar que las adolescentes con obesidad presentan conductas alimentarias compulsivas, hacen dietas restrictivas e hipocalóricas, tienen problemas para aceptar su imagen corporal, aunque en ambos géneros estuvo presente una preocupación por el peso y por la comida. Dándonos una breve panorámica de la relación entre la obesidad y conductas alimentarias anómalas en esta población, y del alto riesgo de que estos jóvenes presenten trastorno alimentarios.

¿Cómo afecta psicológicamente un episodio de sobreingesta a una persona?, es la pregunta que responden López, Mancilla, Álvarez, y Vázquez (falta año); León, Kai y Cruz, (2002). Los primeros mencionan que después de una ingesta exagerada de comida tienen como antecedente emociones negativas como la depresión, enojo, sensación de vacío, desesperación, preocupación e insatisfacción, mientras que las consecuencias más frecuentes incluyen el alivio de pensamientos y sentimientos negativos y el decremento del hambre o los antojos.

En cuanto a los segundos, dicen que los factores de riesgo asociados con dicho trastorno son la autoevaluación negativa, depresión, trastornos de pánico, experiencias adversas en la niñez, vulnerabilidad hacia la obesidad y exposiciones repetidas hacia comentarios negativos acerca de la figura, peso y alimento. Con respecto a su personalidad, se caracterizan por sentimientos de inadecuación e inutilidad, poseen un conjunto de normas rigurosas sobre sí mismos (perfeccionismo), pensamientos dicotómicos (todo o nada) y presentan trastorno de la personalidad límite. En obesos con sobre ingesta se aprecia que califican

alto en varias medidas de disfunción cognitiva y de depresión, al mismo tiempo que muestran mayor preocupación por la delgadez, sentimientos de ineffectividad y consumen grandes cantidades de alimentos como respuesta a ciertos estados emocionales, niegan su problema, deseo impetrante por la comida, utilizan píldoras para adelgazar, miedo extremo a ganar peso, distorsión de la imagen corporal, niveles notables de depresión.

Por su parte León, Kai, y Cruz (2002) exponen que el problema de comer en exceso de las personas obesas se caracteriza por la sensación de descontrol, producto de sentimientos y emociones que difícilmente se pueden identificar y mucho menos comunicar y manejar adecuadamente. El problema surge cuando el hábito de comer motivado por emociones dificulta una alimentación sana, lo que conlleva a un aumento de peso incontrolado por el comer en exceso o compulsivamente. Emociones como la tristeza y la depresión, el enojo, los miedos y las ansiedades, la sensación de aburrimiento o soledad, pueden ser detonantes de un “comer emocional”. Estos acontecimientos y situaciones que desencadenan el comer en exceso pueden presentarse en cualquier persona de cualquier edad, causando angustia y ansiedad.

También mencionan que las emociones son útiles y adaptativas, no en el sentido simple de reacciones para sobrevivir, sino que constituyen un complejo proceso responsable de mantener un equilibrio entre las capacidades biológicas y psicológicas con una importante repercusión en la salud y el bienestar integral del individuo. Hay ocasiones en las que las emociones juegan un papel desadaptativo y contribuyen a menoscabar la salud y el ajuste de las personas. Esto es muy importante ya que la salud es componente esencial de un constructo más complejo, el de Calidad De Vida (CDV), precisamente uno de los objetivos de esta investigación es indagar sobre la CDV de los jóvenes universitarios con obesidad, de manera más detallada se aborda en el capítulo siguiente.

CAPITULO TRES

CALIDAD DE VIDA DE JÓVENES CON OBESIDAD

El concepto de Calidad De Vida es complejo comprende diversos niveles en los que se requiere que sea el sujeto quien de un juicio tanto subjetivo como objetivo sobre sus experiencias y expectativas en los distintos rubros de su vida actual, y en base a dicha evaluación puede llegar a determinar si su Calidad De Vida es positiva o negativa. Este capítulo versa sobre las definiciones más significativas sobre el constructo Calidad De Vida, así como de sus antecedentes, de igual forma retoma algunas investigaciones realizadas en torno a la calidad de vida de los jóvenes con obesidad, finalizando con la utilidad de los instrumentos para evaluar Calidad de Vida.

3.1. Antecedentes y definición del concepto

Es difícil pensar en el origen exacto del constructo Calidad De Vida (CDV), de cualquier modo Moreno, B. y Ximénez, C. (1995); Meneses, Ribeiro y Silva (2004) plantean que este concepto se volvió significativo con el florecimiento de las economías después de la II Guerra Mundial principalmente en los llamados países desarrollados. En este contexto, la Calidad De Vida se asocia al desarrollo económico, a la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos. En esta época se vinculó principalmente a la Calidad De Vida con el desarrollo económico, olvidando los aspectos más cualitativos del concepto. Sin embargo, ni la sociedad opulenta y consumista significa Calidad De Vida, ni el bienestar económico o material es sinónimo de bienestar ni satisfacción con la vida.

De acuerdo con estos autores, es hasta la década de los sesenta cuando se muestra interés científico en éste concepto. En el reporte de la *Comisión on Nacional Goals* a cargo del Presidente Eisenhower en 1960, se revelan esfuerzos para evaluar dicho concepto; entonces se propuso que la CDV debería ser medida

tomando en cuenta 9 indicadores cada uno desglosado en variables cuantificables (cerca de cien), estos indicadores debían ser: a) Universales, de manera que se pudieran generalizar a toda la población; b) de Fácil Comprensión a través de un consenso general; c) Flexibles ya que debían ser capaces de incluir cualquier estilo de vida, en diversos puntos espacio-temporales; d) Adaptables a condiciones sociales, económicas, políticas y físicas dinámicas, e) Posibles de Verificación a través de principios científicos. Los estudios continuaron en diversos contextos (político, médico, psicológico, religioso, ecológico, etc) con variedad conceptual y metodológica, de modo tal, que en la década de los 80's en concepto se volvió de interés general, incluso en el sentido común de las personas; las cuales lo empleaban haciendo alusión al bienestar.

Entonces, ¿Qué se va a entender por Calidad de Vida?, éste concepto ha variado a lo largo del tiempo, actualmente varios autores coinciden (Levy y Anderson (1980, citados en Robles, R., 2004; Meneses, Ribeiro y Silva 2004, citados en Merinho, M. L. y Caballo, V., 2001; Moreno y Ximénez, 1995, Alonso, 2005) en que el concepto hace referencia a la evaluación subjetiva y objetiva de los siguientes elementos: salud, vida familiar, redes sociales y participación en organizaciones, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; puede decirse en términos generales, que es una medida compuesta por: bienestar físico, social y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo. En donde el individuo debe hacer un conjunto de evaluaciones sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Al mismo tiempo el constructo Calidad De Vida posee características que lo vuelven significativamente diferente a otras variables en el ámbito de la salud, ya que es: Multifactorial, es una medida de percepción personal que puede variar con el tiempo, además de ser Multidisciplinaria. Es un terreno en el que el psicólogo, el médico, el político, el economista, y otros profesionales pueden aportar sus enfoques.

Hay autores como García, J. (2004) quien plantean que dichas evaluaciones o juicios que el sujeto debe hacer para determinar su calidad de vida están en función del contexto en el que está inserto; es decir, el pertenecer a un grupo, identificarse con el mismo, haber nacido y desarrollarse dentro de una familia en particular, de una clase social, en un país, en un momento histórico no solo condiciona una salud o la exposición a enfermar, sino también propicia la representación del cuerpo, de la salud y de la enfermedad. Estas representaciones intersubjetivas no son nociones independientes de sujetos aislados, surgen de la afinidad con las representaciones de los miembros de la comunidad a la que pertenecen; se reproducen o cambian en relación a las experiencias con el mundo externo, es decir, se aprenden.

En cuanto a los elementos que integran el concepto de CDV Moreno y Ximénez (1995) indican que uno de los más sobresalientes es el de la Salud, en algunos enfoques es el factor principal y en otros aparece como uno más. Su importancia en la CDV es doble, por un lado gran parte de las actividades diarias están en función de la salud, y por otro repercuten en ella elementos como: alimentación, trabajo, escuela, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc.

Es importante indicar que autores como Spilker (1993, citado en Merinho y Caballo, 2001) separan en dos rubros el constructo Calidad de Vida: a) factores ambientales y b) factores de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CDVRS). En los primeros para su evaluación toman en cuenta aspectos como la calidad del aire, del agua, la vivienda, la escolaridad, el ámbito laboral, densidad poblacional, oportunidades escolares, estrato socioeconómico y social, entre otras. En la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CDVRS) es importante considerar: la capacidad/disponibilidad física, el estado psicológico, las relaciones sociales, el nivel de independencia, los efectos del tratamiento, cambios en la estructura familiar y en los estilos de vida del paciente, solo por mencionar algunos. En este sentido, queda claro que los dominios que comprende la

evaluación del concepto Calidad de Vida son diversos y extensos, dependiendo de los objetivos y el nivel de análisis que se pretenda realizar.

El concepto de Calidad De Vida que se emplea en esta investigación, es precisamente el de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CDVRS). Varios son los trabajos de investigación que emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente sobre los efectos de una enfermedad o padecimiento, de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Tanto la percepción general de salud como la vitalidad, el dolor y la discapacidad pueden ser influenciadas por las experiencias personales y expectativas de una persona, teniendo en cuenta que dicho juicio estará dado en función de aquellos aspectos que resultaban positivos en la vida de la persona y que actualmente los percibe disminuidos por factores negativos (estilo de vida estresante, problemas de salud, relaciones sociales poco efectivas, etc.) que merman su calidad de vida (Aronson, 1991; Beber, 1995 y 1993; Cramer, 1994 y Spilker, 1993, citados en Merinho y Caballo, 2001; Rodríguez, M. J., 1995).

Con frecuencia existe información adicional y útil que puede ser obtenida a través de los miembros de la familia o personal médico cercano al paciente, pero la base está en identificar la experiencia subjetiva de la persona cuya calidad de vida está en cuestión. En caso de las enfermedades crónicas el psicólogo de la salud cuenta con el conocimiento sobre la enfermedad; ya que éstas son padecimientos que afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los largos tratamientos requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes, comprometiendo sus habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento. Por lo que la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica, dependerá de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento, de la forma en la que afronte aspectos estresantes para conseguir restablecer -en la medida de lo posible- una vida con calidad.

A la luz de lo que se ha mencionado sobre éste constructo se vuelven claras las posibilidades de intervención en la evaluación de la Calidad de Vida de los individuos, por ejemplo: investigaciones que pueden revelar datos nuevos sobre el aspecto psicológico de algún padecimiento, también sobre los efectos de terapias alternativas, información sobre los costos reales que implica cierta enfermedad, se puede innovar en el diseño de estrategias para abordar algún problema grave de salud de modo que se logre un impacto potencial en la CDV, brinda la posibilidad de construir instrumentos sensibles al fenómeno, a fin de disponer de un elemento más a la hora de elegir el tratamiento a aplicar, realizar estudios con muestras significativas que permitan llegar a conclusiones con el mínimo margen de error, llevarlos a cabo de forma longitudinal o transversal a fin de conocer el impacto de la evolución de las enfermedades de carácter crónico o no, entre otras posibilidades de acción. En este caso nos ocupa una enfermedad considerada en la actualidad como una enfermedad crónica que favorece el desarrollo de otros padecimientos, y en conjunto comprometen negativamente la Calidad de Vida de la persona que la presenta, tal como ocurre con la Obesidad. En seguida se mencionan algunos aspectos que están implicados en la Calidad de Vida de las personas con obesidad.

3.2. Calidad De Vida en pacientes con obesidad

Hasta la década pasada, la investigación en el campo de la obesidad se enfocaba básicamente en dos aspectos: por un lado la asociación entre sobrepeso y morbimortalidad y por otro, el tratamiento de la misma. Sin embargo, en los últimos años al igual que con otros trastornos crónicos ha despertado interés el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como complemento importante para la valoración integral del paciente obeso.

La obesidad tiene un impacto terrible sobre la calidad de vida y la salud; también afecta la vida social y la salud mental de quien la presenta. Se ha reunido evidencia que demuestra que la CV del paciente obeso se deteriora en varios

aspectos: capacidad física, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc. Visscher, T. I. S. (2004) analizó por 15 años una cohorte de 19518 individuos finlandeses, con un rango de edad entre 20 y 92 años. En donde la obesidad fue definida por un IMC>30 y la calidad de años de vida se constató por: la disminución prematura de la funcionalidad laboral, hospitalización por problemas coronarios y la necesidad de tratamientos farmacológicos prolongados. El autor concluye que el riesgo de morbilidad y disfuncionalidad fue mayor en el grupo de pacientes jóvenes y más elevado fue el riesgo de mortalidad en todo el rango de edades de la cohorte. Los resultados demuestran que el impacto de la obesidad es claro en la disminución del tiempo de vida, en el incremento de la morbilidad y los altos costos en el cuidado de la salud.

Otra investigación realizada en torno a la asociación entre la obesidad y dos aspectos de la CVRS: auto-percepción de la salud y bienestar psicológico, realizada por Barajas, Tomás, Sanz, García y Cerrada (1998) en pacientes adscritos a un centro de salud. El estudio fue transversal descriptivo sobre 167 pacientes de entre 20 y 70 años, con un IMC>30. Se realizó entrevista clínica para obtener variables demográficas y clínicas sobre cada paciente y la administración de dos cuestionarios: 1) Perfil de Salud de Nottingham (PSN) y 2) Psychological General Well-Being (PGWB). Los resultados arrojaron puntuaciones medias del PSN indicaron un deterioro global moderado de la salud percibida en las pacientes obesas siendo las áreas afectadas “dolor”, “movilidad física”, y “reacciones emocionales”. Las variables asociadas a una peor puntuación fueron al sexo femenino, la edad superior a los 50 años, el bajo nivel de estudios y la presencia de patología psiquiátrica o artrosis. La puntuación total media del PGW indicó un deterioro pequeño del bienestar psicológico, el sexo femenino, la ansiedad y el bajo nivel de estudios se asociaron, asimismo, a peores puntuaciones. Llegando a la conclusión de que en esta población, se identifica un perfil de pacientes obesos con mala calidad de vida (mujeres de edad superior a los 50 años, con bajo nivel de estudios, y presencia de patología psiquiátrica o artrosis) sobre los que se plantea la conveniencia de realizar intervención prioritaria.

Como se mencionó en el apartado anterior, la obesidad es un grave problema de salud pública, la Suverza (2004), Coordinadora de la Clínica de Nutrición de la Universidad Iberoamericana en México; menciona resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003, en donde se menciona que la obesidad afecta en mayor porcentaje a las mujeres, perturbando no sólo físicamente, sino también deteriorando su calidad de vida y su dinámica social, en la ciudad de México tan solo este año se reporto como causa principal del 24% de los casos de Depresión en las mujeres, entre otras complicaciones (trastornos psicológicos, trastornos afectivos, ansiedad y adicción a sustancias).

Márquez, (citada en Suverza, 2004) especialista en Psiquiatría y Miembro del comité de Depresión SSA, reporta que el 14.1% de las jóvenes entre 20 y 24 años que presentan obesidad, se ven afectadas en su vida cotidiana al verse expuestas frecuentemente el rechazo y a la marginación de su pareja, esto favorece en las mujeres la búsqueda del estereotipo femenino al consumir sustancias y medicamentos para adelgazar, que muchas veces producen efectos secundarios graves; ya que al manifestar Depresión el paciente obeso, presenta pensamientos negativos y pesimistas, lo que afecta a su tratamiento ante la falta de ánimo, la inactividad física; por lo que el paciente se torna pasivo para luchar contra su obesidad. La autora señala como dato importante que frecuentemente el desarrollo de la obesidad se ve favorecido por trastornos emocionales, situaciones de intranquilidad, angustia o frustraciones constantes.

Ambas especialistas coinciden en la importancia de facilitar la toma de conciencia de los pacientes, acerca de que la obesidad no es un problema estético, sino un problema de salud que debe ser atendido de forma adecuada por un grupo de especialistas que emplean diversos métodos para tratar adecuadamente este problema. En donde resulta básico para mejorar el funcionamiento del metabolismo implementar cambios en los patrones de educación alimenticia (adecuados hábitos alimenticios, consumo de fibras, realizar

actividad física, atender trastornos emocionales, horas de sueño adecuadas, entre otros).

En cuanto a las investigaciones realizadas sobre Calidad de Vida en la Obesidad Cabrera M. J. E. (2001) realiza un interesante análisis sobre la calidad de vida en mujeres obesas y anoréxicas. Su muestra se conformó por 99 anoréxicas y 97 obesas, todas estudiantes de preparatorias particulares, con un rango de edad de 15 a 21 años. Con la finalidad de comparar la calidad de vida en relación con su salud total, salud reciente, hábitos positivos, hábitos negativos, vigilancia de salud y/o estado ansioso. Para esto empleo un cuestionario de calidad de vida, constituido por 127 ítems, en dos sub-escalas: la primera evalúa el funcionamiento de salud (5 áreas) y la segunda evalúa funcionamiento psicosocial (4 áreas).

Reconociendo que el concepto de calidad de vida es complejo y no puede medirse directamente, pues comprende varias dimensiones, propuso conceptos operativos que facilitan su medición. Definió tres factores dentro del campo de la calidad de vida: 1) función física, que comprende la discapacidad, ocupación, manejo del hogar, sueño, nutrición, sexo y entretenimiento; 2) función en social, incluye la vida familiar, social y la dependencia; 3) emocional, que comprende la depresión, aislamiento y ansiedad. Justifico el trabajar con dicha población, a partir de que en nuestra sociedad se maneja un concepto de belleza, que promueve la delgadez, lo cual explica en parte, la publicidad, las modas, los productos para personas delgadas o para adelgazar. Siendo esta situación propicia para que se presenten trastornos de la alimentación. En este estudio se encontró que las anoréxicas, perciben notables deficiencias en su salud, ya que ellas mismas consideran que su estado es más precario que el de las demás chicas, esto resulta lógico, ya que una mujer que presenta anorexia se encuentra en un evidente estado de desnutrición, lo cual origina severas complicaciones. Con respecto a sus hábitos positivos, se encontró que son pocos los que realizan, en comparación con los negativos, lo que indica su pensamiento dicotómico, en

cuanto a la aceptación de su enfermedad asumen que no ponen atención a su salud, casi no comen, consumen sustancias adictivas, no duermen bien, se sobre ejercitan.

El grupo de chicas con obesidad, en cambio señalaron que su salud es buena en comparación con la de otras personas; cabe mencionar que las edades de esta muestra son (15 a 21 años) lo cual resulta de algún modo tendencioso, pues las complicaciones de esta enfermedad se acentúan con la edad. Se observó que cuentan con hábitos positivos, esto llamó la atención, sobre todo porque en el instrumento se pregunta acerca de comer alimentos nutritivos, desayunar substancialmente, lo cual nos indica que quizás su alimentación es rica en nutrientes, pero también puede serlo en el contenido energético. En ambos grupos se detectó un alto índice de ansiedad. Que como se ha mencionado, es un factor que origina y mantiene algunas veces dicha condición. En el caso de las obesas puede ser un factor para comer más, y en el caso de las anoréxicas puede llevarlas a distorsiones en sus cogniciones.

Finalmente al hacer la comparación de CDV entre las anoréxicas y obesas, mediante la aplicación de este instrumento, se encontraron diferencias que señalan que en el primer grupo, existen deficiencias en su CDV, más considerables que en el segundo caso. En ambos casos las necesidades detectadas, por el instrumento, se pueden abordar mediante tratamiento cognitivo conductual. En el ambos casos el tratamiento requiere ser multidisciplinario, promoción de hábitos alimenticios sanos, y por supuesto se enfatiza el valor de la prevención.

Hasta este momento se han citado algunas de las investigaciones realizadas entorno a la calidad de vida en pacientes con obesidad, identificándose claramente aspectos que se ven afectados por la condición de obesidad; tal es el caso de la salud, pues la obesidad conlleva cierta disminución en la capacidad motora, dolor en las articulaciones, el desarrollar otras enfermedades de

condición crónica también, que sin duda, alteran el estilo de vida del paciente, sus expectativas tanto a corto como largo plazo, en ocasiones se encuentran ante discriminaciones sociales, una de ellas suele ser en el campo laboral, ya que son rechazados por su apariencia y no por la falta de habilidad, de preparación o de conocimientos; suele suceder también en las relaciones interpersonales donde son agredidos a través de sobrenombres despectivos, o considerados bajo prejuicios como: desordenado, impulsivo, comelón, poco responsable, entre otros. Para algunos, la respuesta que implementan ante estas circunstancias es tratar de encajar en los modelos corporales socialmente aceptados, lo cual los pone en riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación, así como generar ideas irracionales y juicios pesimistas con respecto a ellos mismos o sobre su vida en general, es decir, las investigaciones sugieren que la obesidad propicia una disminución en distintos factores que integran la calidad de vida.

A su vez los diversos instrumentos de evaluación de CDV, producto de investigaciones resultan muy útiles para determinar las implicaciones de presentar obesidad. Por lo que en seguida se dedica un apartado para mencionar su utilidad y el aspecto de Calidad De Vida que evalúan.

3.3. Instrumentos de evaluación sobre Calidad De Vida

Debido a su naturaleza múltiple y compleja, y su bipolaridad objetiva-subjetiva, la evaluación de la Calidad De Vida está en función de la decisión que se tome ante los dos enfoques prevalentes, el primero enfocado a las *variables objetivas*, externas al sujeto, y el segundo dedicado a analizar los *aspectos subjetivos* de la CDV. Ambos enfoques requieren de una operativización para poder medir una realidad objetiva o subjetiva, requieren de un marco teórico que los sustente. Ni el primero consiste en el solo recuento de datos, ni el segundo en recoger percepciones o apreciaciones indefinidas.

Al respecto Moreno y Ximénez (1995) mencionan que el enfoque objetivo, es fundamentalmente sociológico y económico, en el que se propone visualizar el bienestar social de una población a partir de datos cuantitativos y objetivables, empleando indicadores sociales. Para lo cual se emplean indicadores sobre: salud, educación, bienestar social y seguridad ciudadana con los cuales se pretende establecer el nivel de CDV de una población en un momento dado, así como la eficacia de programas sociales y políticos, y poder hacer comparaciones entre distintos estratos socio-económicos de una población en particular. Es importante señalar que una de las limitaciones de este enfoque, es que los indicadores sociales expresan datos y hechos con respecto al bienestar social, pero no reflejan necesariamente el grado de satisfacción y felicidad que esa población puede gozar. Éstos indicadores pueden ser elementos necesarios pero no son los únicos que pueden dar cuenta tanto del bienestar subjetivo de la población como de algún sector de ella.

Uno de los indicadores sociales que se ve afectado seriamente en las personas que cursan con una enfermedad crónica es su *condición laboral*, Rodríguez (1995) menciona que perder el empleo tiene efectos devastadores, aunado a las dificultades económicas que obviamente conlleva, el pago de costosos tratamientos, traslados constantes, incluso alimentos especiales. El impacto afecta a las personas cercanas a los enfermos y quizás a los ingresos familiares.

Otro aspecto que se ve perturbado es el de las *redes de apoyo social*, Gil Roales-Nieto (2003) y Rodríguez (1995), esto quiere decir que la calidad y cantidad de los contactos sociales relevantes en su vida que mantenga el paciente crónico ya sea de grupos o instituciones, van a depender tanto de la actitud que tome el paciente como de la oportunidad que haya dentro de su contexto social y cultural.

Con respecto a la evaluación del bienestar subjetivo, Rodríguez, (1995) dicen que se han desarrollado instrumentos basándose en dos enfoques: uno es el estudio de la satisfacción global tomando en cuenta aspectos específicos de la vida y la investigación sobre la felicidad, su estructura y su evaluación. Y el otro es el concepto de felicidad, el cual implica connotaciones afectivas y emotivas.

Al respecto Campbell (1976, en Rodríguez, 1995) define a la felicidad como un estado emocional transitorio, donde los sentimientos positivos predominan sobre los negativos, es un indicador del estado emocional actual, mientras que la satisfacción implica tomar en cuenta el pasado. La satisfacción alude a una evaluación tomando en cuenta las aspiraciones o expectativas y los logros conseguidos; de modo que son varios los aspectos que explican la satisfacción global con la vida. En primer lugar los hechos objetivos como: relaciones interpersonales, como la de un matrimonio satisfactorio, un trabajo reconocido y un adecuado nivel de ocio. En segundo lugar experimentar hechos agradables y placenteros. Tercero el grado de aspiraciones y los logros percibidos; en el que entre mas corta sea la distancia entre los logros y las aspiraciones, mayor será la satisfacción. Cuarta, la importancia que tiene la comparación con otras personas. Quinto componente se refiere a los procesos de adaptación, tanto a los hechos adversos como a los favorables.

Los esfuerzos en investigación sobre el tema han tratado de elaborar instrumentos sensibles a la apreciación subjetiva del nivel de satisfacción, ya sea de forma global o específica. Se debe prestar atención a este tipo de apreciaciones, ya que de forma global podemos encontrar que hay una mala calidad de vida objetiva, pero al mismo tiempo hallar un nivel de satisfacción favorable. Según Allardt (1977; citado en Cabrera, 2001) mencionan que hay cierta tendencia a responder satisfactoriamente a nivel general, y a responder de forma insatisfactoria a nivel específico.

Desde el punto de vista de la Psicología medir la CDV tiene como objetivo evaluar los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud, evaluar la calidad de tal cuidado, estimar las necesidades de la población, mejorar las decisiones clínicas, dar cuenta de las causas y consecuencias de los estados de salud. Los profesionales que participan en el cuidado de la salud comparten el objetivo de extender la duración de la vida y mejora de la CDV, una parte importante se ocupa de la modificación de conducta y del desarrollo de programas en los que la conducta favorecerá la mejora del estado de salud. Los diferentes indicadores sobre la CDV en buena parte están basados en las teorías psicométricas y métodos tradicionales de evaluación, por ello la importancia de utilizar criterios que le dan valor a tales medidas y que cumplan con los requisitos metodológicos necesarios.

De hecho la percepción del propio estado de salud esta más asociada al uso de los servicios de salud que la propia condición patológica de la persona, es decir, entre menos se asista al medico mejor salud se experimenta, ya que nada limita tanto la calidad de vida como experimentar día a día el empobrecimiento de las actividades diarias, la involución que afecta al autoconcepto, al sentido de la vida y propicia estados depresivos. (Gil Roales-Nieto, 2003)

La preocupación de la Calidad De Vida Relacionada con la Salud surge del hecho de que no basta con alargar la vida, ya que la mayor parte de los enfermos desean vivir y no solamente sobrevivir. Para evaluar las habilidades funcionales del paciente en la enfermedad se hace a través de métodos como las pruebas directas, la observación de la conducta o entrevistando a la persona, a sus familiares y/o cuidadores. Algo que hay que tener muy en cuenta es que la capacidad del paciente para expresar lo que le afecta, ya sea, porque se ha habituado a ellos o bien, puede disminuirlos o amplificarlos. En el siguiente apartado se tratarán los aspectos básicos sobre la evaluación de la Calidad De Vida Relacionada con la Salud.

3.3.1. Evaluación de la Calidad De Vida Relacionada con la Salud (CDVRS)

De acuerdo con Gil Roales-Nieto (2003) los indicadores de salud que se empleaban tradicionalmente en el ámbito biomédico eran básicamente los índices de mortalidad y morbilidad de la población, junto con otros indicadores secundarios para obtener un diagnóstico de salud sobre la población. En la actualidad con la entrada de la aproximación biopsicosocial y de la psicología aplicada al ámbito de la salud, se ha dado importancia a las medidas psicológicas como parte ineludible de una visión integral de la salud. En donde medir el estado de salud de una población o de un individuo no resulta tan simple. Los múltiples intentos se realizan en torno a mediciones sobre las alteraciones en la salud, la presencia de comportamientos de riesgo que alterarán la salud ya sea a corto plazo o en un futuro, apoyándose también, en las percepciones subjetivas sobre el estado de bienestar.

Se plantean dos niveles al evaluar Calidad de vida: las *medidas generales* se pueden aplicar en diferentes patologías, resultan útiles para realizar estudios comparativos de diferentes enfermedades, así como también averiguar el costo de las intervenciones; sin embargo algunos investigadores las consideran menos sensibles a los cambios en el funcionamiento del paciente. Las *medidas específicas* están diseñadas para un trastorno concreto, ofrecen la posibilidad de evaluar diferencias sutiles y problemas específicos de una enfermedad en particular. Ambos han sido desarrollados en mayor medida en E.E.U.U. y el Reino Unido. No obstante algunos de éstos estudios han sido adaptados del inglés al castellano, así como también validados (Barajas, G. M. A., Robledo, M. E., Tomás, G. N., Sanz, C. T., García, M. P. y Cerrada, I. S., 1998; Jacobson, de Goot y Samson, 1994, en Robles, 2004).

Para cada uno de los niveles la literatura propone dos tipos de enfoques cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida: 1) *enfoques cuantitativos*, a

través de diferentes indicadores: *Sociales* (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc); *Psicológicos* (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y *Ecológicos* (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente)lo puede hacer a través de una escala (por ejemplo: del 0 al 10) ; y 2) los *enfoques cualitativos*, que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente en la mejora de la calidad de vida. Una herramienta para evaluar el estado de salud de los individuos es el empleo de *escalas o puntuaciones subjetivas sobre la salud percibida*. Lo que implica que sea el propio individuo quien evalúe su estado de salud de acuerdo a una escala cualitativa (por ejemplo: excelente, buena, suficiente o pobre, Alonzo, J., 2005).

Con respecto a éste último, el juicio cualitativo de la persona suele ser un indicativo aproximado, tomando en cuenta que muchos procesos crónicos presentan fases asintomáticas; por lo que un individuo puede sentirse muy bien pero tener comportamientos que ponen en riesgo su salud. Una forma de fortalecer este tipo de evaluaciones es empleando *técnicas de auto registro y auto observación, entrevistas o cuestionarios*, cuya utilidad consiste en recabar datos a lo largo de un periodo de tiempo sobre los síntomas, estados subjetivos, comportamientos de riesgo, comportamientos saludables, que ocurren en la vida del individuo, con un costo material y de tiempo muy pequeño. De hecho uno de los auto registros que se emplea frecuentemente en las enfermedades crónicas es el que Barntley y Bruce (1986, citado en Gil Roales-Nieto, 2003) son los “diarios de salud”. Otra manera de complementar los datos de un autoinforme es contrastándole con indicadores biológicos (pruebas de laboratorio) por ejemplo: pruebas de colesterol o triglicéridos para la toma de grasas en la dieta o indicadores de glucosa en caso de la diabetes mellitus. Otro ejemplo es el *Perfil de conducta de salud para nutrición y dieta*, en forma de cuestionario autoaplicado,

permite hacer comparaciones de la alimentación habitual con el patrón de alimentación considerado sano. El *Perfil de conducta de salud para el ejercicio*, es similar, ya que determina lo adecuado de las actividades físicas habituales. Ambos instrumentos se aplican fácilmente, permiten una evaluación rápida de los niveles de adecuación de éstas dos pautas consideradas como saludables. En la tabla 1 se presentan varias escalas que se emplean en la evaluación del impacto de la enfermedad en los distintos ámbitos de la vida del paciente (elaborados por Barrera, 1980, 1981, citado en Gil Roales-Nieto 2003, Moreno y Ximénez, 1995).

Autor	Nombre del cuestionario	Ítems	Tema
Aronson, Bullinger y Ahmedzai (1988)	Quality of life questionnaire, QLQ (Cuestionario de Calidad de Vida)	36	Calidad de Vida en enfermos con cáncer
Benneit, Garrad y Halil (1970)	Disability and impairment interview Schedule (Programa de entrevista de incapacidad y deterioro)	17	Incapacidad funcional
Bush (1984)	Quality of well-being scale (Escala de calidad de bienestar)	18	Habilidades funcionales para todo tipo de enfermedad
Crewe y Athelstan (1981)	Functional assesment inventory. FAI (Inventario de evaluación funcional)	40	Limkitaciones funcionales para la rehabilitación
Duke University (1978)	Escalas de actividades de la vida diaria básicas e instrumentales del Olders Akmerican Resources and Services (OARS)	5 niveles	Funcionamiento de ancianos en ambientes comunitarios
Fanshel y Bush (1970)	Quality of well-being scale (Escala de calidad de bienestar)	43 niveles	Habilidades funcionales

Forer (1981)	Functional status rating system, FSRS (Sistema de evaluación del status funcional)	30	Habilidades funcionales
Harvey y Jellinek (1981)	Patient evaluation conference system (Sistema de entrevista para la evaluación del paciente)	79	Estatus funcional y psicosocial de pacientes rehabilitados
Karnofsky y cols. (1948)	Karnofsky performance status, KPS (Grado de ejecución Karnofsky)	10	Calidad de vida en el cáncer
Katz y cols. (1963)	Index of activities of daily living (Indice de actividades de la vida diaria)	6 categorías	Calidad de vida en ancianos
Lawton y Brody (1969)	Escala de actividades instrumentales de la vida diaria del PGC	5	Habilidades funcionales
Meenan, Gertman y Mason (1982)	Arthritis impact profile, AIMS (Escala de medida del impacto de la artritis)	45	Calidad de vida en la artritis crónica

Tabla 1. Muestra varias escalas empleadas en la evaluación del impacto de las enfermedades en la vida del paciente.

En términos generales, de acuerdo con lo que plantean Grau, A.J. y González, P.U., (1998) y Robles (2004), los factores que forman parte y en base a los cuales se evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) son los siguientes:

- Síntomas y quejas subjetivas (como sintomatología depresiva)
- Diagnóstico
- Funcionamiento Fisiológico
- Funcionamiento Psicológico y Cognitivo
- Funcionamiento Físico
- Percepciones generales de salud (autocalificación del estado de salud)
- Funcionamiento Social (naturaleza y frecuencia de interacciones sociales).

Considerando que las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes, quienes en el mejor de los casos cuentan con redes sociales de apoyo ya que entran en juego todas sus habilidades afectivas, conductuales, cognitivas y sociales para enfrentar este tipo de situaciones adversas.

Hay varios aspectos que dan cuenta del estado de salud del sujeto tales como: la valoración subjetiva por parte del paciente, el criterio médico, la ausencia o presencia de sintomatología, o el nivel de funcionamiento; ya sea alguno o todos en conjunto se pueden emplear como referentes para determinar si se han logrado o no los efectos buscados.

Especial atención requiere el *Sistema para Evaluar Calidad de Vida* elaborado por Kaplan y Bush (1982, en Gil Roales-Nieto 2003), el cual consta de tres escalas que representan varias dimensiones sobre el funcionamiento humano: movilidad, actividad física y actividad social (en la que cada dimensión posee varios niveles de funcionamiento, (ver tabla 2). Esta tabla contiene una lista de síntomas y problemas que puede experimentar la persona evaluada. En este instrumento el cálculo de la Calidad de Vida está en función de la combinación que resulta de las tres escalas y de la lista de síntomas. Dando como resultado una compleja medida sobre la Calidad de Vida, capaz de evaluar en prospectiva el resultado de la salud en función del estado de Calidad de Vida; tomando en cuenta el impacto del agente patógeno, considerando los elementos biológicos, psicológicos y sociales, que considera la integran.

Movilidad	Actividad Física	Actividad Social
Conduce el coche y usa autobuses o trenes sin ayuda (5)	Camina sin problemas físicos (4)	Hace sus actividades laborales, escolares, domésticas o de otro tipo (5)

No puede conducir o usar trenes o autobuses con ayuda (4)	Camina con limitaciones físicas (3)	Hace sus actividades laborales, escolares, domésticas o de otro tipo en forma limitada (4)
Permanece en casa (3)	Se desplaza en silla de ruedas por sí mismo (2)	Se encuentra limitado en la cantidad o clase de actividades laborales, escolares o domésticas (3)
Permanece en el hospital (2)	Permanece en cama o en una silla (1)	Hace sus actividades de autocuidado pero no las ocupacionales, escolares o domésticas (2)
Permanece en unidades de cuidado especial (1)		Necesita ayuda en el cuidado de sí mismo (1)

Tabla 2. Muestra las dimensiones y niveles de funcionamiento o actividad del Sistema de evaluación de la calidad de vida elaborado por Bush y colaboradores (Gil Roales-Nieto, 2003, pág. 165)

Con respecto al uso de las escalas, estos autores recomiendan que deba ser tan específico como sea posible, empleando instrumentos adecuados a nuestra población, contexto social, y de la patología que se trate. La importancia de la calidad de vida en las personas que cursan con alguna enfermedad deviene al considerarles desde una visión biopsicosocial, es decir que las decisiones que se tomen en cuanto a su salud repercutirán en las demás esferas de su vida. Así que una práctica médica responsable debe tener en cuenta los efectos directos e indirectos de sus intervenciones. Es entonces que la CDV del enfermo es importante para aquel que tiene posibilidades de sanar, lo es todavía más para aquel que solo le queda la capacidad de disfrutar de los aspectos positivos de cada momento de su vida, o como se ha dicho, el desarrollo de una vida de calidad.

La calidad de vida de las personas implica un esfuerzo para que la enfermedad y la disminución gradual de funciones alteren lo menor posible la autonomía de la persona. Este desafío nos alienta para que como profesionales de la salud tratemos de mantener el lado humano de la enfermedad.

De este modo, la calidad de vida consiste en buena parte de la capacidad del sujeto para participar activamente en pro de su salud. Se sabe que la educación para la prevención es un punto central en el combate de epidemias, pero también que el conocimiento que se deriva de la pura información no basta para modificar comportamientos de riesgo. Es necesario modificar los comportamientos, creando un sentido de la percepción del riesgo y conciencia de que la prevención depende de cada uno; y sobre todo a partir de los más jóvenes. Es por ello que el propósito de esta investigación fue indagar sobre la calidad de vida de jóvenes universitarios que se reportaron con obesidad, así como las conductas de riesgo que mantenían al momento de ser evaluados. En el capítulo siguiente se presenta el reporte de esta investigación; entre los datos se incluye el número de estudiantes que se reportaron con obesidad, así como el género, conductas de riesgo que mantienen estos jóvenes, la calidad de vida reportada a través del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-100, Harper y Power, 1999.), así como información sobre su rendimiento académico, entre otros datos.

CAPITULO CUATRO

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

“CONDUCTAS DE RIESGO Y CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS OBESOS”

En base a lo expuesto previamente, la obesidad es una alteración nutricia, en la que ocurre una acumulación excesiva de grasa corporal de la cual se han identificado distintos tipos. Actualmente la obesidad representa un grave problema de salud pública y un factor de riesgo para el desarrollo de varias enfermedades crónicas. Además de repercutir especialmente en el aspecto biológico, el psicológico y el social, mermando la calidad de vida de las personas.

Este trastorno está alcanzando cifras alarmantes, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, afectando a niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores. En México más del 60% de la población de adultos y casi un tercio de niños y niñas tienen sobrepeso u obesidad; incluso los porcentajes de estos trastornos están incrementando en personas de cada vez menor edad. En los jóvenes universitarios esta realidad y la carga académica derivada de los estudios, pueden afectar el rendimiento académico y la calidad de vida de aquellos que presentan obesidad.

Uno de los supuestos del proyecto general del cual se desprende el presente reporte de investigación, es el considerar que las carreras que se imparten en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la UNAM, están orientadas hacia la formación de profesionales en áreas concernientes a la salud, es por ello que se considera necesario que sus estudiantes culminen exitosamente sus estudios en condiciones óptimas de salud y calidad de vida.

4.1. Justificación

Hoy por hoy el incremento en las cifras de obesidad justifica la relevancia de realizar investigaciones en torno a ella. Efectuarla en jóvenes universitarios resulta fundamental en la medida en que trastornos semejantes pueden afectar su calidad de vida y proceso académico.

A lo largo de los tres capítulos anteriores se planteó el marco teórico que sustenta esta investigación, de igual modo ha quedado definido el trastorno crónico, sus complicaciones y repercusiones en la salud de quien la presenta, entre otros aspectos importantes. En este capítulo se presentan el análisis y los resultados obtenidos en esta investigación; para ello se menciona en primer lugar el objetivo general del proyecto de investigación especificando la fase en la que se inserta este reporte; los objetivos particulares planteados para el mismo, las hipótesis propuestas; continuando con la metodología empleada (características de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, escenario, materiales, definición de variables). Finalmente esta el capítulo dedicado a la conclusión de los mismos.

4.2. Objetivo General

El proyecto general denominado “Detección de patógenos conductuales y enfermedades crónico degenerativas en estudiantes de la FES-Iztacala”, financiado por la Dirección General de Apoyo a Proyectos Académicos, en su programa PAPIME con número de registro: EN201604, tiene como objetivo general la detección y evaluación de patógenos conductuales en relación con factores de riesgo (biológicos, psicológicos, socioculturales y sistema de asistencia sanitaria) que se relacionan con las enfermedades crónico-degenerativas en jóvenes universitarios. La enfermedad crónica que se abordó en esta investigación fue la Obesidad. El presente reporte tuvo como finalidad coadyuvar en dos puntos: el primero fue la identificación de conductas de riesgo que presentan los universitarios que se reportaron como obesos en el Examen Médico Automatizado

(EMA) que se aplica a generaciones de nuevo ingreso a la FESI; y el segundo, con este mismo instrumento indagar sobre su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CDVRS); también se buscó relación con el rendimiento académico.

4.3. Objetivos Particulares

Planteados en esta investigación fueron los siguientes:

- Identificar las conductas de riesgo que presentan los jóvenes que se reportaron con Obesidad de la FES-Iztacala.
- Identificar problemas emocionales (estrés, ansiedad, depresión).
- Identificar diferencias en la incidencia de obesidad entre Mujeres y Varones.
- Analizar la relación entre los Factores Heredo-Familiares de primera línea (papá y mamá) y la presencia de obesidad en estos jóvenes.
- En función de los indicadores de Calidad De Vida Relacionada con la Salud determinarla como positiva o negativa en esta muestra.
- Identificar el aprovechamiento académico de dichos estudiantes en términos de promedio, situación académica (regular, irregular) y deserción escolar.

En el ámbito de la obesidad y su presencia en estudiantes universitarios surgieron las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las conductas de riesgo que presentan los jóvenes universitarios de la FES Iztacala que se reportaron con Obesidad?
- ¿Cómo es la Calidad De Vida de estos estudiantes (positiva o negativa)?
- ¿Cómo es su rendimiento académico? (en términos de promedio, número de materias reprobadas y deserción)

4.4. Hipótesis

- Los jóvenes universitarios Obesos presentan conductas de riesgo que afectan su salud y los mantienen en la condición de obesidad.

- La obesidad se presenta más en las mujeres que en los varones.
- Los estudiantes que reportaron obesidad tienen antecedentes heredo-familiares de primera línea con obesidad.
- La Calidad De Vida de los jóvenes obesos es negativa.
- Los estudiantes con obesidad presentan un bajo rendimiento académico.

4.5. Diseño y tamaño de la muestra

- En un primer momento se aplicó el EMA en colaboración con el equipo multidisciplinario que evalúa a los alumnos de primer ingreso a la UNAM y cuyos resultados son concentrados por la Institución. Para obtener los datos que se reportan se utilizó un diseño transversal, retrospectivo, descriptivo, no experimental, por medio de un muestreo no probabilístico. Obteniendo una muestra de 1941 alumnos de nuevo ingreso a la FES-Iztacala generación 2004. De los cuales 279 alumnos se reportaron con Obesidad (13%), con una media de 18 años y DE de 3.5, de los cuales 197 fueron mujeres y 82 varones.
- En un segundo momento con el apoyo del Departamento de Desarrollo Académico de la FES-Iztacala se identificaron 216 historias académicas de éstos alumnos para dar cuenta del rendimiento académico.

4.6. Criterios de Inclusión

- Ser estudiante Universitario de primer ingreso generación 2004 de la FES Iztacala.
- Haber asistido a la sesión correspondiente de aplicación del EMA.
- Todos aquellos estudiantes que respondieron **Sí** presentar Obesidad (pregunta **3r** correspondiente del EMA, hoja lila).
- Proporcionar de manera completa y correcta su número de cuenta para obtener su historial académico.

4.7. Criterios de Exclusión

- Todos aquellos que no tuvieron las características antes mencionadas
- Todos aquellos que no contestaron tener Obesidad.
- Todos los que no dieron de manera completa y correcta su número de cuenta.

4.8. Materiales

- Lápices
- Paquete de tres hojas del EMA (lila, roja, naranja)

4.9. Instrumento

- La evaluación se realizó por medio del Examen Médico Automatizado (EMA) elaborado por la UNAM. El cual consta de 62 preguntas de opción múltiple, el cual aborda los siguientes aspectos:
 - Percepción del estado de salud general en el último mes (palidez, debilidad, dolor, convulsiones, inflamación, pérdida de peso sin razón aparente, entre otras)
 - Presencia de enfermedades (alergias, asma, cáncer, diabetes, epilepsia, hepatitis, gripa constante, infecciones, problemas de riñón, hígado, corazón, obesidad, fracturas, etc.)
 - Padecimientos en Familiares (alcoholismo, artritis, cáncer, corazón, diabetes, obesidad, tabaquismo en: padre, madre, hermanos)
 - Desarrollo Físico (órganos sexuales)
 - Asistencia sanitaria (Médica, Visual y Dental) y sector donde se asiste (publico, privado, instituciones educativas)
 - Factores de Riesgo (estrategias para perder peso)
 - Medidas antropométricas (peso, talla)
 - Expectativas de Vida (concluir carrera, amistades, familia, independencia)

- Niveles de agresividad física y psicológica (percibida por ellos hacia su persona y de ellos a los demás, abuso sexual, contexto en que ocurrió)
- Indicadores depresivos (tristeza, pérdida de la confianza en sí mismo, desesperanza ante la vida, ideas e intentos suicidas,
- Niveles de estrés (insomnio por pendientes, percepción de incapacidad)
- Redes sociales de apoyo (familia, escuela, amigos, religión)
- Niveles de ansiedad (nervios constantes, estreñimiento, etc.)
- Comportamiento sexual (edad de inicio, número de parejas, embarazos, abortos, métodos anticonceptivos)
- Consumo de drogas (alucinógenos, anfetaminas, extasis, heroína, inhalantes, automedicación, etc)
- Consumo de Alcohol y Tabaco (actitud ante ello, edad de inicio, cantidad, frecuencia)
- Hábitos alimenticios (positivos y negativos)
- Actividades de recreación y tiempo libre
- Nivel socioeconómico
- Educación (pública o privada)
- Escenario
- La aplicación del EMA fue en el Gimnasio de la FES-Iztacala.

4.10. Definición de variables

Las variables analizadas en este estudio fueron:

1. Obesidad: Es lo que resulta del incremento patológico en tamaño y cantidad del tejido adiposo. Considerada a partir del $IMC \geq 27$ (peso en kg/ talla al cuadrado).

La cual será analizada en relación con las que a continuación se presentan:

2. Calidad De Vida Relacionada con la Salud: Definida en esta investigación como la evaluación subjetiva y objetiva que hace el sujeto respecto a los efectos de su Obesidad en los siguientes tres dominios:

- 1) Función Física.
- 2) Función Psicológica.
- 3) Función Social.

Es decir, las consecuencias que provoca la Obesidad sobre su bienestar. Teniendo en cuenta que dicho juicio estará dado en función de aquellos aspectos positivos disminuidos por factores negativos que merman la calidad de vida.

La Calidad De Vida Relacionada con la Salud (CDVRS) se analizó o seleccionando algunos ítems del EMA distribuidos en los dominios antes mencionados. En cuadro 2 se presentan de manera detallada.

Función Física	Indicadores de CDVRS Negativos	Indicadores de CDVRS Positivos
Percepción general del estado de salud	Reportar que al momento de la evaluación se siente mal de salud.	Reportar que al momento de la evaluación no percibe problemas de salud.
Problemas de salud que ha presentado	Mal Funcionamiento Pulmonar, Presión arterial alta, Problemas de inflamación de articulaciones, dolor, enrojecimiento, dolor en el pecho al respirar.	No presentar ninguna otra enfermedad.
Problemas de salud que presentan sus padres.	Cáncer, Diabetes, Obesidad, Presión arterial alta.	Ninguno de sus padres presenta alguna de estas enfermedades.
Nutrición *Veces por semana	Comer (2 a 7*): pizzas, hot-dog hamburguesas, frituras,	No saltarse comidas, Consumir de 4 a 7*: agua natural, jugo de

	<p>saltarse comidas; refrescos, café, helados, pasteles, gansitos, galletas, dulces. Consumir de 4 a 7*: sopes, quesadillas, tacos, tortas y tamales, productos Light (leche/refresco/helados/queso); consumir de 0 a 3*: agua natural, jugo de frutas, frutas y/o verduras, pan y/o cereales de caja, pollo, pavo, pescado pan, huevo, leguminosas, leche, yogurt, queso blanco; Comer de 6 a 7* carne (res, cerdo, ternera, jamón, chorizo, tocino).</p>	<p>frutas, frutas y/o verduras, bolillo, tortillas, huevo, leguminosas, pan y/o cereales de caja, pollo, pavo, pescado, leche, yogurt, queso blanco, consumir de 0 a 3 veces por semana: sopes, quesadillas, tacos, tortas y tamales, productos Light. (leche/refresco/helados/queso); solamente de 0 a 1* comer: pizzas, hot-dog hamburguesas, y frituras, helados, pasteles, gansitos, galletas, dulces, refrescos y café, y con frecuencia de 1 a 5* carne (res, cerdo, ternera, jamón, chorizo, tocino).</p>
Ejercicio Físico Recomendable	No realizar ningún ejercicio o deporte.	Realizar algún ejercicio que dure por lo menos 30 minutos, cuando menos 3 veces por semana.
Función Psicológica	Indicadores de CDVRS Negativos	Indicadores de CDVRS Positivos
Cuadros depresivos en el último mes	Sensación de que no vale la pena vivir, deseos de no querer vivir, ideas suicidas, intentos suicidas, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de incapacidad para resolver problemas.	Construir un sentido de vida, tener deseos de vivir, no presentar pensamientos ni intentos suicidas, confiar en la capacidades propias para enfrentar retos y resolver problemas a lo largo de las experiencias.

Ansiedad	Miedo a desmayarse ante público, sentirse tan nervioso y a punto de estallar.	No tener la sensación de estallar por el nivel de ansiedad ni de desmayarse en público.
Estrés	Se han notado agobiados y en tensión constantemente, dormir menos por preocupaciones.	Estar en un estado de tranquilidad y confianza para responder ante las exigencias del medio de modo que las horas de sueño no se vean interrumpidas.
Función Social	Indicadores de CDVRS Negativos	Indicadores de CDVRS Positivos
Redes Sociales de Apoyo	Cuando NO se han apoyado para salir adelante en: alguno de los padres, otro familiar, amigos, religioso, profesor, en nadie.	Desarrollar la capacidad para pedir ayuda en distintas esferas de la vida como: la familia, escuela, trabajo, religión, etc. Sin llegar a depender totalmente de éstas.
Relaciones interpersonales	Relación mala-indiferente con: papá, mamá, hermanos, profesores, amigos.	Construir una relación considerada como buena- muy buena entre: integrantes de la familia, amigos, y profesores.
Contextos en los que se ha sido violentado	Reportaron haber sido agredidos con golpes, insultos, humillaciones o abuso sexual (casa, escuela, colonia).	Reportar no sufrir abusos como: golpes, insultos, humillaciones ni abuso sexual (casa, escuela, colonia).

Cuadro 2. Indica los dominios en los que se analiza la Calidad De Vida Relacionada con la Salud (CDVRS), así como los indicadores positivos y negativos para cada dominio (Físico, Psicológico y Social).

3. Proceso Académico: Que incluye promedio escolar (indicado en los historiales académicos de los estudiantes, correspondientes al cuarto semestre de sus respectivas carreras), situación académica (regular o irregular) y deserción escolar.

4. Conductas de riesgo: Definidas por Matarazzo (1984) como aquellas conductas que aumentan el riesgo de enfermar. Para esta investigación se considero: estrategias para bajar de peso (tomar laxantes, introducir el vómito, realizar ejercicio con duración de 2 horas o más al día, dejar de comer uno o más días, tomar pastillas especiales, diuréticos, o haber realizado dietas frecuentes).

1. Género: Se refiere a la condición de Hombre y de Mujer.

6. Biológicas: IMC (indicador de sobrepeso, obesidad real y percibida), edad del estudiante.

4.11. Procedimiento

✓ Participación en un seminario de titulación dirigido por las coordinadoras del Proyecto general, para adquirir los precurrentes teóricos, metodológicos y prácticos en el estudio de las enfermedades crónico de generativas.

✓ El acceso a los datos de los alumnos de nuevo ingreso generación 2004 estuvo a cargo del proyecto general de esta investigación, adscrito a la UIICSE de la FES-Iztacala.

✓ En la aplicación del EMA, se entregó a cada alumno una tarjeta dividida en secciones, una cartilla para el cuidado de su salud, el EMA (compuesto por 3 hojas: lila, naranja, roja), con tales documentos pasan al lugar de evaluación (las gradas del gimnasio de la FESI). Se indica que contesten todas las preguntas en el formato. Pasaron en pequeños grupos a los módulos (medicina, odontología, optometría y enfermería), al final reciben una platica sobre sexualidad, por parte

del departamento de psicología. Al contestar completamente el EMA pueden retirarse. El tiempo promedio para realizar esta evaluación es de 3 a 3.5 horas.

✓ Para la investigación se consideró a aquellos estudiantes que contestaron completamente el EMA, resultando así una muestra de 1941 alumnos que cumplieron con esta característica.

✓ De esta muestra se identificaron los casos que reportaron la presencia de obesidad (ítem 3r).

✓ Posteriormente, con el apoyo del Departamento de Desarrollo Académico de la FES Iztacala, se identificaron los historiales académicos de los alumnos con obesidad.

CAPITULO CINCO

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Para analizar los datos se construyó una base de datos empleando el paquete estadístico SPSS versión 13 (Statistic Package for Social Sciences V.13). Dicha base se depuró de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

Los resultados obtenidos y su análisis se presentan en el siguiente orden: en primer lugar la descripción de las características de la muestra, IMC, edad y género, posteriormente las Conductas de riesgo, el aprovechamiento académico, finalizando con los hallazgos obtenidos sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud en base al cuadro 2 mostrado en el apartado de definición de variables.

Presencia de obesidad

Del total de estudiantes (1941) que cumplieron con los criterios de inclusión antes señalados, se encontró que 279 (13%) casos reportaron la presencia de obesidad, véase figura 1.

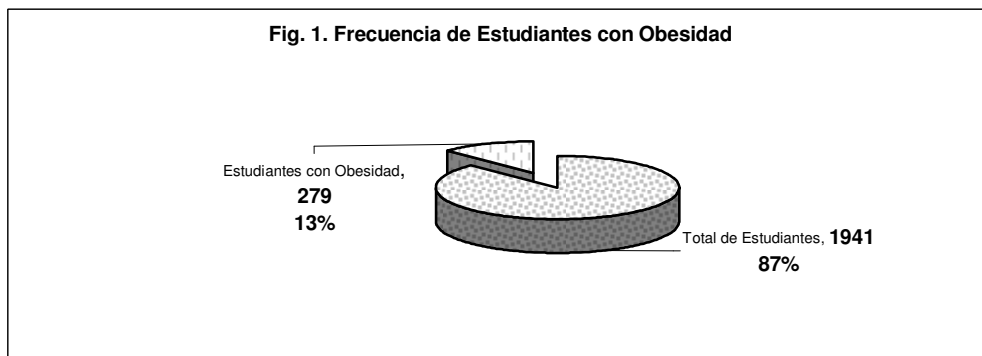


Fig.1. Porcentaje de estudiantes que reportaron presentar Obesidad 13%.

Este dato es una primera impresión de la presencia de dicha enfermedad crónica en la muestra de estudiantes. El cual revela que poco más del 10% del total de la población la reportó, la relevancia de atender este problema de salud se

vincula con lo hallado en investigaciones realizadas a nivel nacional en las que se vaticina un incremento en el porcentaje de población con obesidad, tal es el caso del proyecto realizado por Lara, A. (2004) sobre el costo nacional en la atención de pacientes obesos, en el que informó que 44 millones de mexicanos la presentaron y solo el 30% de los que la padecen se atendió, mientras que 58 millones tuvieron sobrepeso. Por su parte Pasarica, M. (2007) investiga sobre causas virales implicadas en el desarrollo de la obesidad, asegura que la propagación de la obesidad es una de las epidemias de mayor crecimiento en el mundo actual.

Índice de Masa Corporal

Los datos obtenidos del EMA permitieron calcular el IMC de la muestra de estudiantes identificando así el número de casos con Sobrepeso ($IMC \geq 25$, 113), Obesidad ($IMC \geq 27$, 120) y Obesidad percibida ($IMC \leq 24$, 37), como se muestra en la fig. 2, obsérvese la presencia de casos en los que la obesidad es percibida (37).

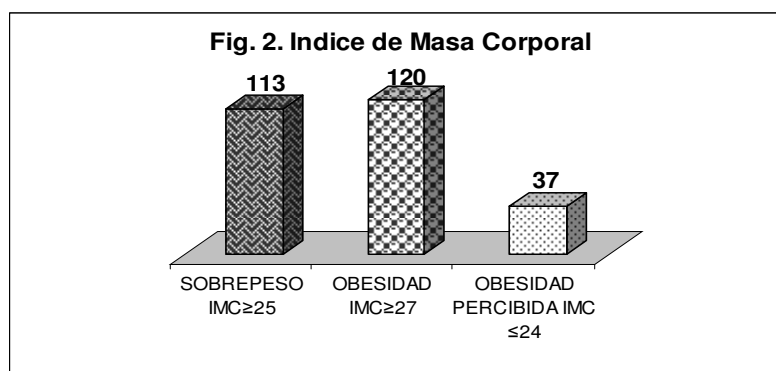


Fig. 2. Indica el número de casos de acuerdo al IMC que corresponde a: Sobrepeso, Obesidad y Obesidad percibida.

El IMC ($IMC = Kg/m^2$), es una herramienta básica empleada para determinar si una persona esta o no obesa, en este caso se encontró que son 120 estudiantes los que a través de esta medida pueden ubicarse con obesidad. Lo que ocurre con los demás casos, como los 113 que tienen sobrepeso y los 37 que tienen un IMC adecuado pero que sin embargo se perciben con obesidad, puede

explicarse a través del planteamiento que hacen autores como Peresmitré y Ávila (1998), Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), Ríos y Osorio (2001), Eguiluz (2003), Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez y Ocampo (2004), sobre la susceptibilidad a la influencia y presión social de un modelo de imagen corporal (delgadez) que provoca una mayor insatisfacción corporal. Una falsa percepción corporal en la que los jóvenes llegan a percibir su cuerpo con mayores dimensiones que las que realmente posee, por razones estéticas y sociales. Se trata de valores que han dado lugar a lo que se llama “mundo Light”, promovido especialmente por los medios de comunicación (prensa, cine, radio, televisión, entre otros) que bombardean constantemente mensajes relacionados con estereotipos que sobrevaloran la imagen corporal dejando de lado la salud. En nuestra población ocurre que estos estereotipos de belleza generalmente son anglosajones, rasgos físicos no siempre concuerdan con las características de nuestra población, es entonces que se encuentran tratando de imitar modelos que solo se ven a través de los medios de comunicación. Al respecto, Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000) aportan un dato importante sobre nuestra población mexicana joven, en la que afirman que son las chicas más susceptibles a la influencia de los modelos estéticos corporales comerciales. Desafortunadamente estos modelos han dado lugar a patologías del vínculo cuerpo-alimentación, surgiendo patrones alimenticios anómalos. Este es un factor muy importante que facilita el desarrollo de otros trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.

Edad

Por otro lado, la edad promedio de dichos estudiantes de nuevo ingreso fue de 18.91 con DE de 3.41, como se puede ver en la Tabla 2. Nótese que hay estudiantes de recién ingreso a la carrera técnica de enfermería, por lo que los rangos de edad comienzan desde los 14 años y van hasta los 34 años (estudiantes que cursan una segunda carrera).

EDAD	FRECUENCIA
14 – 18	172
19 – 23	95
24 – 34	13

Tabla.2. Muestra la distribución por edad de los estudiantes Obesos.

Como se observa, los estudiantes son muy jóvenes y ya están reportando la presencia de obesidad. La gran mayoría se ubica entre los 14 y los 18 años de edad, lo cual no representa un buen indicio; ya que diversos investigadores afirman que cuando la obesidad se desarrolla desde edades tempranas difícilmente se logra un peso adecuado en la edad adulta, Juárez-López (2006), Engeland A, Bjorge T, Tverdal A, Sogaard AJ. (2004), estiman que si la obesidad se presenta en la adolescencia la posibilidad de lograr un peso adecuado es de 1 a 28, lo cual incrementaría el riesgo de que la persona presente patologías asociadas a la obesidad; por su parte González (2007) menciona que es en la infancia cuando se determina el número de células adiposas con las que se cursará el resto de la vida, además de que sólo el 5% de los niños que presentan obesidad logran un peso normal en la adolescencia, y el resto (95%) continua siéndolo en la edad adulta. Con respecto a la edad, Riobó (2003) en su investigación sobre la incidencia de obesidad por edad, aporta evidencia sobre el porcentaje de sujetos obesos incrementaba de acuerdo a la edad, teniendo un porcentaje de 5.3% para un rango de edad de 25-34 años, y un 26.3% en el grupo de 55 a 60 años. Mientras que Suverza (2007) indicó que el IMC en una persona con obesidad incrementa junto con la edad, de modo que no vuelven a pesar lo que en un inicio; y este ciclo se repite a lo largo de su vida. A su vez Martínez (2001) afirma que un amplio porcentaje de niños que son obesos durante su infancia tienen altas probabilidades de serlo en la adolescencia y en su juventud. Esta información es realmente impactante, indica que aún hay mucho que hacer en torno al trabajo con los pacientes obesos, incluso invita a suponer que esto podría estar sucediendo con nuestra población de estudiantes.

Género

En cuanto al género, se encontró que el número de casos en mujeres fue mayor que en los varones. Obsérvese la figura 3, en ésta se puede constatar que de la muestra obtenida 197 casos (70.6%) fueron mujeres y 82 varones (29.3%).

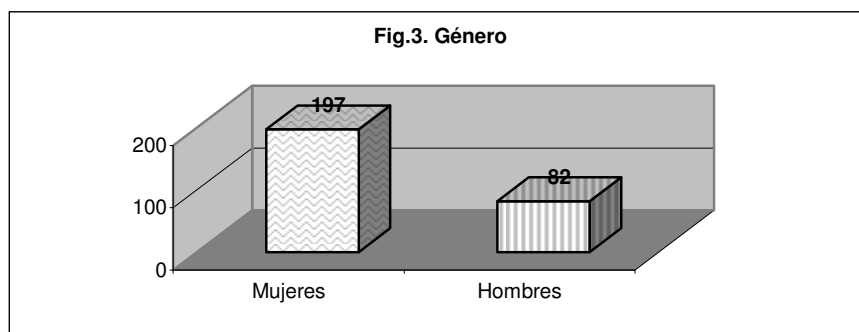


Fig.3. Indica el número de casos por género que reportaron tener obesidad.

Dichos resultados innegablemente concuerdan con lo que indica la literatura, es decir, con el hecho de que la obesidad se presenta en la mayor de las veces en las mujeres que en los varones. De modo que esta afirmación coincide con otras en las que se demuestra que la obesidad es más frecuente en la mujer, sobre todo en la adolescencia (Brannon y Feist, 2001; Villarroel, Bastías, Cabrera y Guzmán, 2001; Riobó, 2003; Suverza, 2004; Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) 1993, en red: <http://www.enec.com.mx>, enero de 2006). En este sentido la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) reportó que el sobrepeso y la obesidad son problemas que afectaron a cerca del 70% de la población mexicana, de los cuales 71.9% resultaron ser mujeres y 62.7% varones, concluyendo que entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad que entre los hombres, también observaron que la prevalencia de obesidad entre los adultos va en aumento con el tiempo. Incluso hay investigaciones nacionales como la de Barquera (2005) con el apoyo de la ENSA (2000) demuestra que la obesidad se encuentra en mayor porcentaje en las mujeres, mientras que en los varones sucede que hay un mayor porcentaje de sobrepeso.

Cifras recientes en población joven como las que presentó en 2006 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que a nivel nacional cubrió a 25 166 adolescentes de 16 a 19 años de edad y a 45 446 jóvenes (mayores de 20 años) encontró en estos últimos que alrededor del 34.5% de mujeres y 24.2% de varones tienen obesidad, dicho incremento debe tomarse en cuenta ya que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas.

Conductas de riesgo

A continuación se da cuenta de lo que ocurre con las Conductas de Riesgo que llevan a cabo dichos estudiantes. Correspondiente a las estrategias utilizadas para bajar de peso las cuales incluyen desde: Intentar bajar de peso (175), los medios a los que recurren los jóvenes de la muestra, el más empleado fue consumo de Laxantes (161), seguido de las Dietas frecuentes (108) y realizar Ejercicio excesivo con duración de más de 2 horas diarias (76), algunos Dejaron de comer 1 día o más (36), tomar Pastillas especiales (29), Diuréticos (21) y Vomitado después de Comer (13). Vea en la figura 4.

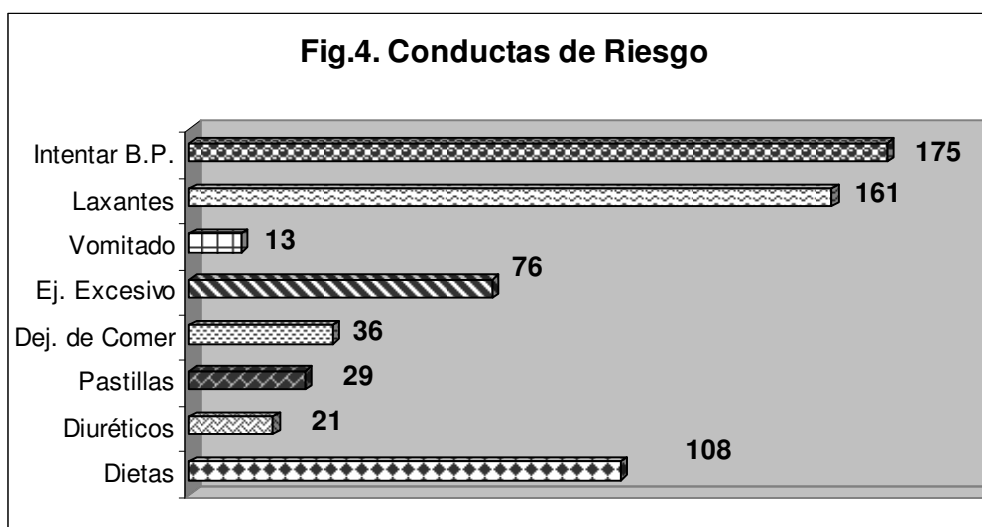


Fig.4. Indica las estrategias utilizadas por los estudiantes para bajar de peso, por número de casos. Nota: Ej. Excesivo=ejercicio excesivo, Intentar B.P.=Intentar bajar de peso.

El primer dato indica que poco más del 60% del total de la muestra de jóvenes con obesidad, intentó bajar de peso en los tres meses anteriores a la aplicación del EMA, quienes recurren a laxantes, pastillas, diuréticos, realizan ejercicio excesivo, dietas frecuentes incluso hay quienes optan por dejar de comer uno o más días, o recurren al vómito como una forma de contrarrestar el exceso de comida ingerido. La presencia de dichas conductas alimentarias de riesgo en población de jóvenes fue reportada por diversas investigaciones una de estas fue la de Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez y Ocampo (2004) quienes a través del EMA indagaron sobre conductas anómalas como: intentar bajar de peso, dejar de comer un día o más y hacer dietas frecuentes, encontrando que son las mujeres quienes mostraron mayor puntuación los varones en las tres preguntas, lo contrario ocurrió en cuanto el uso de diuréticos o laxantes para controlar el peso, los hombres obtuvieron puntuaciones más altas.

Al respecto, investigaciones realizadas entorno a la conducta alimentaria y la obesidad (Peresmitré y Ávila, 1998, León 2001, López, Mancilla, Álvarez y Vázquez, 2000) en las que concluyen que es un hecho el que la presencia de las conductas de riesgo en población joven están en gran medida promovidas por los múltiples mensajes de los medios de comunicación, quienes promueven la figura de la delgadez, productos que prometen de manera rápida y sin gran esfuerzo les ayudarán a perder peso. Es importante tomar en cuenta que muchas veces las personas que se perciben con aumento de peso u obesas recurren a dietas extremas que pueden poner en riesgo tanto su salud como su vida, Suverza (2007) menciona que el ayuno prolongado repercute disminuyendo el mecanismo basal, es decir, en la energía que el organismo consume para realizar sus funciones vitales, lo vuelve más lento, de manera que la pérdida de peso se dificulta aún más y ocasionan deficiencia en nutrientes que el cuerpo requiere para mantener sus funciones vitales, el organismo recurre a minimizar todos sus procesos de modo que conserve energía para sobrevivir, en un inicio toma de sus propias reservas de grasa, posteriormente empieza a tomar del músculo la proteína necesaria para sobrevivir, lo que ocasiona en la persona cansancio

excesivo, disminuye su capacidad para realizar actividad física, disminución en la producción de hormonas para generar calcio y no sufrir osteoporosis a edades tempranas.

Retomando el dato hallado en el presente reporte de investigación, con respecto a aquellos estudiantes que conjugan estas condiciones con ejercicio excesivo diario por periodos de 2 o más horas, están en un verdadero riesgo, en donde ponen en una severa crisis a su organismo y a la vez le exigen actividad física intensa, sin duda poniendo en riesgo su vida. al respecto Silva (2007) hace referencia a lo dañino de combinar el uso de laxantes, diuréticos y provocarse vómito, menciona que lo que más se daña en estos casos es el aparato digestivo, se ocasionan úlceras, debido a la frecuente inducción del vómito, cada vez es más difícil para el estómago retener los alimentos, por lo que el vómito se puede llegar a producir hasta de forma involuntaria, los ácidos del estómago dañan los tejidos de esófago haciendo doloroso ingerir alimentos, el daño puede ser tal que se favorece el desarrollo de cáncer; el uso prolongado de laxantes hace que el intestino se “acostumbre” de manera que si no se usa el laxante la persona experimenta un estreñimiento severo, hay casos en los que el tejido del intestino queda tan dañado que hay que removerlo a través de una cirugía; la combinación de ambas condiciones (laxantes y vómito) el cuerpo no solo pierde agua, también se pierden minerales esenciales como sodio y potasio, importantes para el funcionamiento adecuado del corazón y de la presión arterial, cuando llegan a niveles críticos, la consecuencia es el desarrollo de arritmias cardiacas, fallo del corazón y muerte.

Pocas veces a las personas que les preocupa el incremento de peso experimentado recurren a profesionales que les pueden educar en cuanto a sus hábitos alimenticios y su estilo de vida, hacerlo les daría la ventaja de lograr su objetivo de disminuir su peso, y lo más importante comprender el posible origen de sus condición, reeducando su estilo de vida de modo que el cambio fuera permanente.

Aprovechamiento académico

De los 216 historiales académicos que permiten dar cuenta del proceso académico actual de estos estudiantes; para su análisis se establecieron cuatro rubros, como se muestra en la tabla 3. Véase que el promedio de las calificaciones de los estudiantes se encuentra entre 7 y 8, la mayoría es regular, sin embargo llama la atención el número de estudiantes que han desertado de la carrera, poco más del 10 %.

PROCESO ACADÉMICO	FRECUENCIA				PORCENTAJE			
	6	7	8	9	6	7	8	9
➤ Promedio de calificaciones de los alumnos.	38	82	64	22	17.6%	38%	29.6%	10%
➤ Alumnos regulares (no deben ninguna materia)	120				56%			
➤ Alumnos irregulares (deben materias)	64				30%			
➤ Deserción	26				12%			

Tabla 3. Indica el aprovechamiento académico de acuerdo a la frecuencia de estudiantes en cada rubro (alumnos regulares, irregulares y deserción)

Es una realidad que hay pocas investigaciones que se pregunten por el desempeño académico de estudiantes con enfermedades crónicas. En esta investigación se encontró que la mayoría de los estudiantes tienen un promedio de 7, indicio de que algunos o el conjunto de los factores que hasta este momento se han analizado repercuten sin duda en su aprovechamiento académico.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

El instrumento de evaluación EMA contiene reactivos que permitieron evaluar la Calidad De Vida Relacionada con la Salud de los universitarios con Obesidad. A continuación se presentan los resultados en función del cuadro 2 del apartado de definición de variables, en orden de aparición primero serán los indicadores negativos y en seguida los positivos.

✓ Salud Física

Se preguntó a los jóvenes sobre la percepción de su estado de salud, 54 (20%) dijeron tener problemas de salud al momento de la evaluación, este dato forma parte de los indicadores negativos, el resto 217 (80%) afirmaron estar bien de salud, indicador positivo; como se ilustra en la fig. 5.

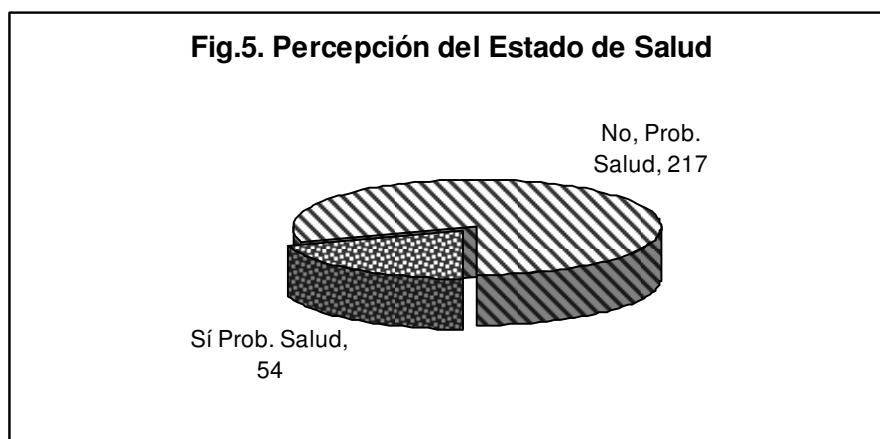


Fig.5. Percepción del estado de salud por parte de los estudiantes con obesidad.

Resulta interesante el que los jóvenes con obesidad hayan reportado tener problemas de salud (20%) lo cual indica que la presencia de los efectos negativos de la obesidad se hacen presentes a edad temprana.

El que las personas con obesidad perciban un deterioro moderado de la salud respecto a la población en general, no quiere decir que a todos les afecta de igual manera en las distintas dimensiones de la salud, esto ha sido investigado por Barajas, Robledo, Tomás, Sanz, García y Cerrada (1998), ellos afirman que

aspectos como “movilidad física” y “dolor” fueron las áreas más afectadas en su estudio; puntuando más alto las mujeres, lo que indica que estos problemas atacan con mayor intensidad a éste conjunto. Incluso este grupo investigo la percepción de la salud en otros trastornos crónicos, hallando que las personas obesas obtuvieron puntaje similar o superior al de pacientes con cardiopatía isquémica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica; lo que siguiere en términos de salud percibida, que la obesidad se puede equiparar con enfermedades de carácter discapacitante.

El que los jóvenes presentaran otras enfermedades además de la Obesidad, se consideró como indicador negativo, lo contrario aplica para el caso de indicador positivo, las reportadas por los universitarios se organizaron en la tabla siguiente (tabla 4).

Presente (Indicador Negativo)	Enfermedades Reportadas	Ausente (Indicador Positivo)
25	Mal funcionamiento Pulmonar	251
47	Presión Arterial Alta	223
19	Inflamación de articulaciones, dolor y enrojecimiento	254
35	Dolor de pecho que aumenta al respirar	240

Tabla. 4. Muestra enfermedades, signos y síntomas reportadas por los jóvenes y el número de casos, en términos de indicadores positivos y negativos.

La influencia de la obesidad sobre la salud es complicada, está intrínsecamente vinculada con otros graves trastornos crónicos de la salud. Si bien es cierto que, el mayor numero de estudiantes negaron presentar otra enfermedad aunada a la obesidad. Salta a la vista que la enfermedad que más se

presentó en los jóvenes fue la presión arterial alta (47), de acuerdo con lo reportado por las estadísticas que proporcionó la ENSA (2000, en red <http://www.ims.gob.mx>) es una realidad que la obesidad es vista como un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial, de manera más precisa el tipo de obesidad que se le vincula es la androide o abdominal, aunado a un ICC considerado como riesgoso.

En este sentido, el ser obeso representó un riesgo de 2.6 veces más de ser hipertenso. Además, de toda la población hipertensa en ENSA 2000 el 38% fue obeso, mientras que, de toda la población no hipertensa el 18.6% fue obeso. Hubo un incremento notable en la prevalencia de hipertensión arterial de acuerdo al IMC. Al hacer el desglose por género se encontró que el impacto del sobrepeso en la hipertensión arterial es significativamente mayor para el hombre, pese a que la prevalencia de obesidad fue mayor en la mujer. Por lo tanto, el ser obeso incrementó la prevalencia de hipertensión arterial. Recientemente Lara (2004) de la Secretaría de Salud realizó una investigación a nivel nacional, sobre los casos de diabetes e hipertensión atribuibles a la obesidad, encontrando que 46.8% de los obesos tienen hipertensión, mientras que el 38% de hipertensos son obesos. Lo que enfatiza la relación entre ser obeso y desarrollar problemas de hipertensión.

Las alteraciones músculo-esqueléticas asociadas a la obesidad se observan desde la infancia. Es el caso de los 19 jóvenes que presentaron problemas de Inflamación en articulaciones, dolor y enrojecimiento, autores como Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López-R (2004) confirman que los pacientes con obesidad tienen asociado un deterioro moderado de la salud percibida respecto a la población en general, lo que ocurre en mayor medida en las mujeres que en los varones, encontrando que las consecuencias más evidentes son el dolor en las articulaciones y problemas en la movilidad física. Mencionan que la obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la

osteoartrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos, que puede llegar a ser muy incapacitante. En el caso de las rodillas se debe al desgaste de los cartílagos articulares por el aumento de estrés físico, alterando las articulaciones, volviéndola más áspera y quebradiza, de forma que puede llegar a tocar hueso con hueso, lo que deteriora rápidamente la función de la articulación, haciendo más propenso a fracturas. Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación al peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas, incluso es frecuente la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).

Fueron 25 los estudiantes que reportaron complicaciones vinculadas con el mal funcionamiento pulmonar y 35 casos con dolor de pecho que aumenta al respirar. Lo cual concuerda con lo hallado por López y González-García (2001) y Torres (2004) acerca de lo frecuente de estos problemas en pacientes con obesidad extrema, debido a la obstrucción de la vía respiratoria superior durante el sueño, provocando dificultad para respirar y ahogo, al realizar un esfuerzo mínimo, los síntomas más comunes son ronquidos y somnolencia diurna excesiva, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño) y otras complicaciones.

Antecedentes Heredo Familiares

Los datos obtenidos permitieron averiguar sobre los Antecedentes Heredo-Familiares de los estudiantes (AHF), la tabla cinco da cuenta sobre indicadores negativos y positivos (“ninguno”) en cuanto a problemas de salud que presentan sus padres. Resalta el dato referente a la obesidad, en donde el mayor número de jóvenes (85) dice que ninguno de sus padres es obeso, seguidos de 74 casos con presión arterial alta en las mamás, 6 con algún tipo de cáncer y diabetes en los padres (29).

Enfermedad	Padre	Madre	Ninguno
Cáncer*	4	6	251
Diabetes*	29	20	204
Obesidad*	44	55	85
Presión arterial alta*	27	74	129

Tabla 5. Muestra el número de familiares (padre, madre y ninguno) que presentan alguna enfermedad crónica. Indicadores negativos (*). De la misma forma da cuenta del indicador positivo *ninguno*, es decir que no las presentan.

Los factores familiares son un tema interesante, algunos autores como Villarroel, Bastías, Cabrera y Guzmán (2001), Papazian (1999, en Aburto, 1999) proponen que aproximadamente el 80% de los hijos de ambos padres obesos también lo son, y solo el 10% de ellos presentan obesidad cuando ninguno de sus padres es obeso. Otro argumento vinculado a esta idea son los resultados obtenidos por Mosserberg (1989, en Villarroel, Bastías, Cabrera y Guzmán, 2001) quien realizó un estudio longitudinal de 40 años encontrando como uno de los predictores del exceso de peso de los hijos en la adultez era la obesidad de los padres. Algunos autores se refieren a esto como factor "genético", esto aún está en discusión ya que padres delgados pueden criar a hijos obesos y viceversa; entonces la obesidad puede no ser heredada genéticamente, pero un hecho contundente es que los hijos adoptan los hábitos de los padres. Precisamente en esta investigación se encontró que en 85 de los casos de jóvenes con obesidad, ninguno de sus padres la mostró, lo que representa un indicador de que la obesidad de estos estudiantes se debe principalmente a las Conductas de riesgo identificadas en este estudio, esto sugiere que la modificación de dichas conductas repercutirá favorablemente en el tratamiento de su obesidad.

En relación al cáncer, se reportaron 10 casos de padres que presentaron algún tipo de cáncer. La literatura refiere que ciertos tipos de cáncer se presentan con más frecuencia en los obesos (Riobó, 2003; López y González-García 2001,

Torres 2004, Villanueva y Ramírez, 2004), como el cáncer de mama, de útero y de ovarios en las mujeres y el cáncer de colon, de recto y próstata en los varones. Los trastornos menstruales son también más frecuentes en las mujeres obesas y la enfermedad de la vesícula biliar se produce con el triple de frecuencia en ellas. Lo cual sugiere que la obesidad es un factor que facilita el desarrollo de cáncer.

Es una realidad que la obesidad influye directamente en el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, en este estudio se identificaron 49 casos de padres diabéticos. Debido a que el páncreas no produce la cantidad suficiente de insulina o que la insulina que produce no es efectiva, a esto se le conoce como resistencia a la insulina. La prevalencia de diabetes se incrementa al aumentar el IMC, el riesgo se calcula en 6,7% con un IMC > 25, en 9,8% con IMC > 27 y del 11,7% con un IMC > 30. La investigación realizada por Lara (2004) a nivel nacional indicó que el 80% de los casos de diabetes son producidos por obesidad; y solo el 20% de estos tienen origen genético (Dorgan F.J., 2003, en red: www.diet22.com.ar/obesidadycancer.htm).

La obesidad de tipo androide es considerada como un factor de riesgo para desarrollar problemas cardiovasculares. Fueron 75 casos de madres con problemas de presión arterial, Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López (2004), López y González-García, (2001) y Torres (2004) indican que aproximadamente el 50% de los individuos hipertensos tienen Obesidad. Esta es un factor de riesgo de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y de dislipidémias. Este aumento del riesgo se produce en la obesidad androide o abdominal, aunado a un ICC considerado como riesgoso. Se debe al trabajo que es sometido el corazón de una persona obesa, concluyendo que la hipertensión y la obesidad son factores de riesgo de morbilidad cardiovascular.

En este sentido, las estadísticas que proporciono la ENSA (2000 en red: <http://www.ims.gob.mx>) sobre la mayor incidencia del binomio obesidad/hipertensión arterial, se registro en la parte norte del país (IMC \geq 30) fue

de 24.4%. Del total de toda la población hipertensa en ENSA 2000 el 38% fue obeso, mientras que, de toda la población no hipertensa el 18.6% fue obeso. Hubo un incremento notable en la incidencia de hipertensión arterial de acuerdo al IMC. El ser obeso incrementó la prevalencia de hipertensión arterial en todos los subgrupos de edad. El riesgo de complicaciones aumenta con índice de masa corporal afirman López-Fontana, Martínez-González, Sánchez-Villegas (2006, en red: www.respyn.com.mx, enero 2008) especialmente por enfermedades cardiovasculares, aumenta entre un 50% y un 100% respecto a las personas con un IMC de 20 a 25 kg/m². Añaden que la obesidad reduce la esperanza de vida y se asocia a un número de factores de riesgo de arteriosclerosis y de enfermedad cardiovascular, que incluyen hipertensión arterial, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, etc. Daño en vasos sanguíneos y resistencia a la insulina ayudan a que la presión arterial aumente, se estima que las personas con diabetes tienen un riesgo de 2 a 4 veces mayor de desarrollar enfermedades del corazón.

Nutrición

Con respecto a las características de su nutrición, se obtuvo información detallada, de manera que se identificó la frecuencia de veces por semana que se consumía cierto alimento y su consideración para la salud: negativos (-) y positivos (+) en cada categoría. Se puede ver en las siguientes tablas 6, 7 y 8.

Condición ***	Frecuencia (0-3) veces por semana	Frecuencia (4-7) veces por semana
Beber agua natural/ jugo de frutas	43-	234+
Bolillo/Tortilla	98-	179+
Frutas y/o Verduras	58-	219+
Huevo	219-	51+
Leguminosas, frijol, habas	175-	99+

Pan/ cereales de caja/ barras	159-	113+
Pollo/ pescado/pavo	140-	132+
Leche/yogurt/queso blanco.	75-	203+
Sopes/quesadillas/tacos Tortas/tamales	239+	39-
Prod. Light (leche/refresco/ Helado, quesos) consumo moderado	228+	47-

Tabla. 6. Indica el número de casos de estudiantes que cumplen con las condiciones alimentarias*** distribuidas en frecuencia de (0 a 3) y (4 a 7) veces por semana.

Condición***	Frecuencia (0-1) veces por semana	Frecuencia (2 a 7) veces por semana
Pizza/hamburguesas/hot- dog/frituras.	185+	92-
Refresco gaseoso/café	88+	186-
Helado/pasteles/gansitos/galletas Dulces	95	185-

Tabla. 7. Indica el número de casos de estudiantes que cumplen con las condiciones alimentarias*** distribuidas en frecuencia de (0 a 1) y (2 a 7) veces por semana.

Condición***	Frecuencia (1-5) veces por semana	Frecuencia (6-7) veces por semana
Carne d cerdo/ res/ ternera/jamón/ tocino	250+	30-

Tabla. 8. Indica el número de casos de estudiantes que cumplen con las condiciones alimentarias*** distribuidas en frecuencia de (1 a 5) y (6 a 7) veces por semana.

Un factor determinante y estrechamente relacionado con la salud de la población es la nutrición. Los hábitos alimentarios aprendidos durante la infancia influyen los hábitos del adulto. La población se ha vuelto más sedentaria y ha cambiado los alimentos frescos por los industrializados, saturados en azúcar, sodio y grasas saturadas (Lara, 2004). Ejemplo de ello es la tendencia nutricional de la muestra de estudiantes, la cual coincide con lo que ha reportado Villanueva y Ramírez (2004), ellos indican que con respecto a la conducta alimentaria de los adolescentes mexicanos, se conoce poco. Sin embargo, mencionan un estudio realizado con estudiantes de Estados Unidos concluyó que los adolescentes ingieren pocas frutas y verduras; consumen grandes cantidades de grasas; prefieren alimentos no convencionales o comida rápida, y sustituyen determinados alimentos, como refrescos por jugos y leche. Ante la expectativa de una epidemia mundial de obesidad, expertos pretenden consensar una estrategia global sobre dieta y salud. Han recomendado con respecto a la dieta limitar el consumo de azúcares, grasas y sal; así como aumentar el consumo de frutas, verduras, leguminosas, granos enteros y nueces, así mismo la iniciativa del *"Plato del bien comer"* describe un esquema jerárquico de consumo de alimentos sin acotar cantidades recomendables.

En México se tiene amplia experiencia en la aplicación de programas y políticas alimentarias para disminuir los problemas de nutrición en el país, afirman Ramos, Valdés, Cantú, Salinas, De la Garza y Salazar (2005), quienes citan la información dada a conocer de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) sobre la identificación de cinco patrones alimentarios básicos: (a) grupos considerados pobres, consumen alimentos de muy bajo contenido nutricional; (b) grupo de clase media, identificado por adquirir los productos novedosos de la industria alimentaria y ser el primer consumidor de comida rápida; (c) grupo de patrón "light", incluye a mujeres menores de 30 años que utilizan productos que cuidan su estética; (d) grupo de la ola natural, integra alimentos con alto contenido de fibra y sin grasas y finalmente el (e) grupo de tipo orgánico.

Esta preocupación por la salud contrasta con lo que ocurre en la realidad, pues el consumo de alimentos que ha ido en aumento no son los más saludables. En las líneas anteriores se mencionan solo algunas de las enfermedades más

representativas que se presentan con la obesidad; sin embargo, otro factor estrechamente asociado con la obesidad en todo el mundo son las dietas altas en grasas, excesivamente energéticas y el sedentarismo.

Actividad física

Referente a la actividad física, se consideró el realizar algún ejercicio que dure de 30 a 45 minutos, cuando menos 3 veces por semana, como un aspecto importante para mantener el buen funcionamiento del organismo. Se encontró un mayor número de casos de estudiantes con obesidad que no realizan ejercicio (182) y aquellos que si lo hacen (93), de acuerdo con este criterio. Véase figura 6.

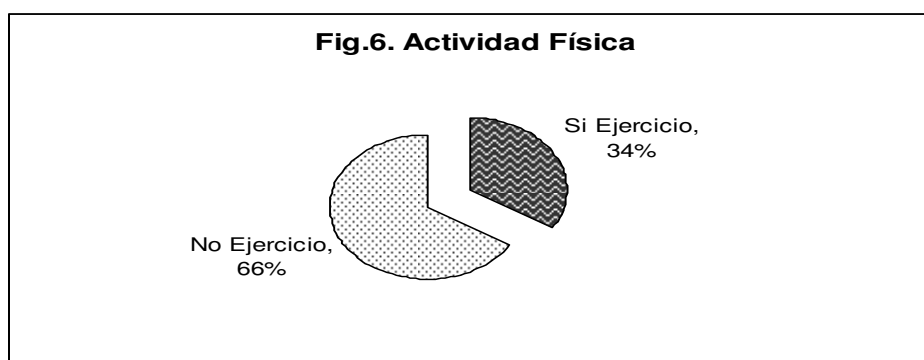


Fig. 6. Muestra el porcentaje de universitarios que no realizan ejercicio (indicador negativo) y aquellos que hacen ejercicio durante 30 minutos, cuando menos 3 veces por semana (indicador positivo).

Estos resultados indican que el 66% de jóvenes que refirieron ser obesos, lo que coincide con lo encontrado por Lara (2004), León (2001), Villanueva y Ramírez (2004), en México la ENSANUT (2006, en red: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>, enero de 2007) indicó que la actividad física reducida es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad entre las personas a través de un cuestionario de actividad física a 24 921 adolescentes entre 10 y 19 años de edad (12 520 mujeres y 12 401 varones) para captar información sobre las horas semanales en que los adolescentes realizaron actividad física o permanecieron inactivos. Se trató de identificar patrones en los estilos de vida ya sea activo o sedentario. Los resultados mostraron que 35.2% de los adolescentes resultaron ser activos, 24.4% son moderadamente activos y 40.4% son

sedentarios. Del total de esta población más del 50% reportan pasar más de dos horas diarias frente al televisor. Como conclusión la ENSANUT 2006 menciona que los adolescentes mexicanos realizan menos actividad física de la que se requiere, solo la tercer parte realiza el tiempo recomendado (32.5%). Por lo que la promoción de actividad física moderada, vigorosa, y la disminución de actividades sedentarias, junto con una dieta adecuada son acciones necesarias para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad, en la adolescencia, y por consiguiente del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas en la juventud y en la edad adulta.

✓ Salud Psicológica

Indicadores depresivos

En lo que respecta a este rubro el EMA permitió investigar algunos indicadores depresivos presentes en estos jóvenes, identificando como los más sobresalientes: deseos de no vivir (ddnv) con 65 casos, resultó ser el de mayor presencia; seguido por sentimiento de incapacidad para resolver problemas (sirp=44); sensación de que no vale la pena vivir (nvpv=31); intento de suicidio (Is=25); pérdida de la confianza en sí mismo (pcsm=23) y pensamiento suicida (ps=8). En la figura 7 se contemplan por número de casos de jóvenes con estos indicadores (negativos -), así también se da cuenta de aquellos que dijeron no presentarles (indicadores positivos +).

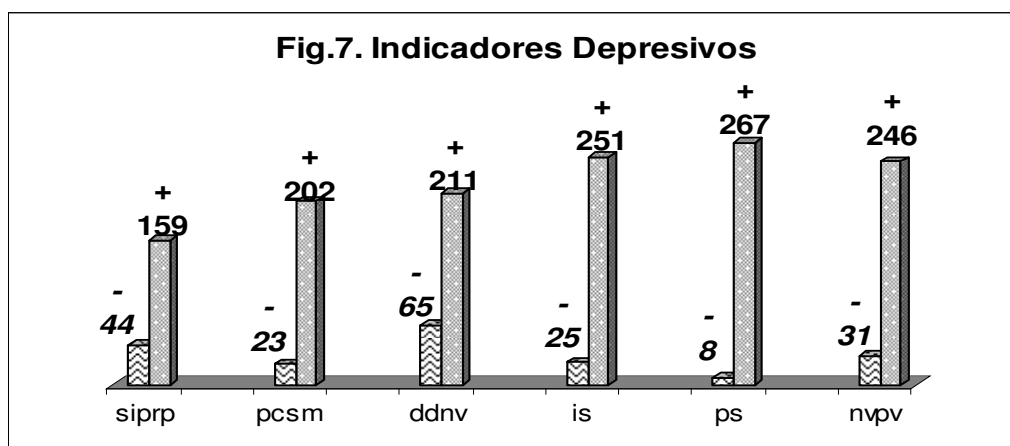


Fig.7. Revela la distribución de indicadores depresivos (negativos -) que presentaron los estudiantes con Obesidad, y el porcentaje de aquellos que dijeron no presentarles (indicador positivo +).

Estos resultados coinciden con lo mencionado por Berrocaal y Ruiz (2002) quienes llegaron a concluir que estas personas se caracterizan por la sensación de descontrol y dependencia. Tal descontrol en muchas ocasiones tiene tras de sí sentimientos y emociones como la tristeza, la depresión, el enojo constante, los miedos y las ansiedades que difícilmente se pueden identificar, mucho menos comunicar y manejar adecuadamente.

También apoyan lo ya mencionado por Torres (2004) en cuanto a la relación entre depresión y obesidad, encontró que el 14.1% de las jóvenes entre 20 y 24 años que presentan obesidad, se ven afectadas en su vida cotidiana al verse expuestas frecuentemente al rechazo y a la marginación de su pareja, esto favorece en las mujeres la búsqueda del estereotipo femenino al consumir sustancias y medicamentos para adelgazar, que muchas veces producen efectos secundarios graves; ya que al manifestar depresión el paciente obeso, presenta pensamientos negativos y pesimistas, lo que afecta a su tratamiento ante la falta de ánimo, la inactividad física; por lo que el paciente se torna pasivo para luchar contra su obesidad. La autora señala como dato importante que frecuentemente el desarrollo de la obesidad se ve favorecido por trastornos emocionales, situaciones de intranquilidad, angustia o frustraciones constantes.

De particular preocupación son las tasas alarmantes de ideación e intentos suicidas, asociados con burlas relacionadas con el peso, que son de dos a tres veces más altas entre los que reciben las bromas, en comparación con las tasas de los que no las reciben, reportó Eisenberg (2003, en Stern, A. 2008 en red: www.circuloaleph.com/articulos/bp1.htm, enero 2008). El estudio reciente de casi 5.000 adolescentes encuestados en el área de Minneapolis halló que el 26% de los adolescentes que sufrieron bromas y burlas en la escuela y en casa reportaron haber considerado el suicidio, y el nueve por ciento había intentado quitarse la vida. El 36% de las niñas que soportaron bromas informaron estar deprimidas y sólo el 19% de los niños.

Ansiedad y Estrés

En este rubro, los resultados del estudio mostraron una frecuencia de 27 casos de jóvenes que refirieron tener miedo a desmayarse ante público, mientras que 133 dijeron sentirse nerviosos y a punto de estallar; así también, se hallaron indicativos de ansiedad de aquellos estudiantes que afirmaron sentirse agobiados y tensos constantemente (161), así como dormir menos por preocupaciones (178), siendo ésta última la de mayor porcentaje (indicadores negativos). Los indicadores positivos para ambos casos están en función de contestar NO a las situaciones antes mencionadas. Consulte la figura 8.



Fig. 8. Indica los problemas de ansiedad y estrés que presentaron los jóvenes con obesidad. Nota: dmen: dormir menos; atcon: agobiado y en tensión constante; est: nervioso y a punto de estallar, mdes: miedo a desmayarse en público.

Lo encontrado en este estudio concuerdan con la investigación de Barajas, Tomás, Sanz, García y Cerrada (1998) en torno a la obesidad y dos aspectos de la CVRS: auto-percepción de la salud y bienestar psicológico, realizada por en pacientes de entre 20 y 70 años, con un IMC>30. Los resultados arrojaron un deterioro global en cuanto al bienestar psicológico, las peores puntuaciones se asociaron al sexo femenino, presencia de ansiedad y un bajo nivel de estudios. Concluyendo que estos pacientes tienen mala calidad de vida, y sobre los que se plantea la conveniencia de realizar intervención prioritaria.

Al respecto de la calidad de vida, ésta ya ha sido documentada por Cabrera (2001) realizó un estudio de este atributo en 99 mujeres anoréxicas y 97 obesas, todas estudiantes de preparatorias, con un rango de edad de 15 a 21 años; con la finalidad de comparar la calidad de vida en relación con su salud total y estado ansioso. En ambos grupos se detectó un alto índice de ansiedad. Que como se mencionó, es un factor que origina y mantiene algunas veces la condición de obesidad. En el caso de las obesas puede ser un factor para comer más, y en el caso de las anoréxicas puede llevarlas a distorsiones en sus cogniciones. Lo mismo ocurre con la sensación de aburrimiento o soledad que pueden detonar en un “comer emocional”; debido a que el comer, en este caso es un tipo de adaptación a situaciones emocionales difíciles, para sentirse más tranquilo o para manejar la ansiedad (Berrocaal y Ruiz, 2002).

La investigación realizada por Álvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y López (1998), con una muestra de 32 mujeres entre 18 y 50 años (16 obesas y 16 normopeso); sobre la relación entre la elección de comida con la magnitud y distribución de la grasa corporal cutánea en ambos grupos de mujeres, así como su respuesta ante algunas situaciones ambientales. Los resultados mostraron que el grupo normopeso acostumbraban comer ante la sensación de hambre mientras que el grupo de obesas reportó comer al encontrarse en diferentes situaciones (acompañadas, nerviosas, solas, aburridas, etc.) por lo que parecieron ser más sensibles a los estímulos externos. En cuanto a la cantidad, calidad y naturaleza del alimento ingerido, los resultados mostraron una relación directa con el grado de acumulación y distribución de la grasa corporal.

Función Social

El ámbito de las redes sociales de apoyo se consideró a partir de la presencia o ausencia del apoyo con el que dijeron contar para salir adelante en situaciones problemáticas. De modo tal, que aquellos que contestaron que ante algún problema NO se apoyaron en alguno de sus padres, en otro familiar, ni en los amigos, en un religioso, o profesor, incluso hay quien dijo que en nadie; están

dando cuenta de un indicador negativo, lo contrario sucede en cuanto al indicador positivo. En la figura 9 se muestra el número de casos para cada indicador.

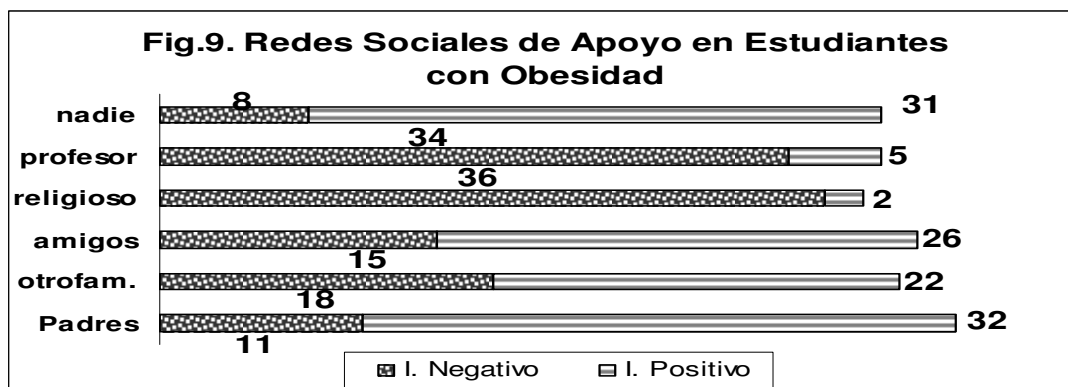


Fig.9. Muestra los datos reportados por los estudiantes con Obesidad en cuanto a sus Relaciones Sociales de Apoyo. En términos de Indicadores Negativos (contestar que NO se apoya en alguna de las condiciones mencionadas) y Positivos (contestar que SÍ cuenta con este tipo de apoyo). Nota: otrofam= otro familiar.

En los datos encontrados llama la atención que las personas a las que con menor frecuencia recurren es a profesores (34), religiosos (36) y son 8 estudiantes que dicen no contar con ningún apoyo. Nótese que la mayoría se apoya en sus padres (32) o en amigos (26).

Datos similares fueron encontrados por Eisemberg (2003, en Stern, A. 2008 en red: www.circuloaleph.com/articulos/bp1.htm, enero 2008) en un estudio con adolescentes con sobrepeso encontró que éstos fueron más propensos al aislamiento social y a ubicarse más periféricamente en las redes sociales que los adolescentes de peso normal". Otro problema encontrado en este mismo estudio fue que los adolescentes con sobrepeso tienen menos amigos que sus compañeros de peso normal, aunque pueden no darse cuenta de la falta de popularidad. Así mismo, los que tenían sobrepeso presentaron listas con cifras similares de amigos que sus compañeros de peso normal, pero fueron elegidos como amigos en un promedio de 3,4 nominaciones, en comparación con un promedio de 4,8 recibidas por compañeros de peso normal. La menor cantidad de

amigos se traduce en "capital social" reducido, dijeron los investigadores, que por su parte conforman el apoyo en parte en el "estatus" económico, los logros académicos, la búsqueda de trabajo, la salud mental y el bienestar general" de una persona.

Conclusión Preeliminar

Como se mencionó, la obesidad es un grave problema de salud pública, como se ha documentado con los resultados de este estudio y de otros investigadores como Suverza (2004), quien cita los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003, en donde se menciona que la obesidad afecta en mayor porcentaje a las mujeres, perturbando no sólo físicamente, sino también deteriorando su calidad de vida y su dinámica social.

Hasta este momento se presentó el análisis de los resultados obtenidos tanto para las conductas de riesgo que mantienen los estudiantes que conforman la muestra para esta investigación, su proceso académico, también sobre aquellos indicadores que se plantearon para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, a su vez estos últimos se diferenciaron entre negativos y positivos. En este mismo orden se integran las conclusiones en el siguiente capítulo, retomando el objetivo e hipótesis planteados en un inicio. De igual modo se mencionan líneas de investigación para lograr una mejor comprensión del fenómeno de Obesidad en población universitaria, y medidas más eficaces en cuanto a la promoción de la salud y prevención de este padecimiento llamado por investigadores en la materia como "la epidemia del siglo XXI".

REFERENCIAS

Aaronson, N. K. (1991). **Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients.** Cáncer. 7. Pp. 844- 850

Aburto, G. C. (2001). **Los programas de intervención contra la obesidad.** Revista Psicología y Salud. 14. Pp. 145 - 156

Alonso, J. (2005). Encuentro con el experto ¿Cómo se evalúa la Calidad de Vida? Conferencia en Congreso Nacional de la SEMI. En red: <http://www.semi.org>. Agosto 2006.

Álvarez, R. G. L., Mancilla, D. J. M., Martínez, M. M y López, A. X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación.** Revista Psicología y Ciencia Social. 1 (2) Pp. 50 - 58

Álvarez, R. G. L., Mancilla, D.J.M., López, A.X., Vázquez, A. R., Ocampo, T. M. T. y López (1998). **Variables Psicológicas asociadas a la obesidad-. Algunos avances de investigación.** Revista Psicología Iberoamericana. 2 (6) Pp. 22 - 27

Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. (American Psychiatric Association, Diagnostic and statically manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC: Autor. 1994.

Barajas G. M. A., Robledo, M. E., Tomás, G. N., Sanz, C. T., García, M. P. y Cerrada, I. S. (1998). **Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria.** Revista Española de Salud Pública. 3 (72). En red. <http://www.erevistas.csic.es>

Barquera, S. (2005). Panorama Epidemiológico y Trascendencia de la Obesidad en México. En red: <http://www.INSP.gob.com.mx>

Barra, A. E. (2004). **Apoyo social, estrés y salud.** Revista Psicología y Salud. 2 (14) Pp. 273 - 243.

Bazan, G. E. (1997). Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio: Aplicación de la tecnología conductual. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Tlalnepantla Edo. de México. Pp. 9 - 31

Baile, A. J. I. (2006). Evaluación psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria. Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. PSICOM Editores. Pp. 18 – 28

Becker, W. (1997). Los padres son maestros. México: Ciencias de la Conducta. Pp. 12 - 32

Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1995a). **Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud.** Revista Psicología Contemporánea. Manual Moderno 1(2). Pp. 4 - 15

Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1995b). **Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud.** Revista Psicología Contemporánea. Manual Moderno 1 (2). Pp. 100 - 111

Becoña, E., Vázquez, F, y Oblitas, G. L. (1995). **Antecedentes y Desarrollo de la Psicología de la Salud.** Revista Psicología Contemporánea. Manual Moderno. 2.

Beneit, M. P. J. y Latorre, J. (1981). Psicología de la Salud. La enfermedad crónica. Cap. 14. Pp. 225-23. Buenos Aires: Lumen

Berrocaal, C. y Ruiz, M. A. (2002). **Trastorno por sobre-ingesta compulsiva. Validez de la diferencia entre el síndrome completo y parcial.** Revista internacional de psicología clínica y de la salud. 3 (2). Pp. 407 - 424

Brannon, L. y Feist, J. (2001). Comer para controlar el peso. Cap. 15. En: *Psicología de la Salud*. Pp. 532 – 54. España. Ed. Thomson Learning.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, C. (1996). Manual de evaluación clínica en *Psicología Clínica y de la Salud*. España. Siglo Veintiuno Editores. Pp. 32 - 51

Burish, T. C. y Bradley, L. A. (1983). *Doping Whit Chronic Disease: Research and Applications*, Nueva York, Academia Press.

Burrows, R. A., Gattas, Z. V., Leiva, B. L., Barrera, G. A. y Burgeño, A. M. (2001). **Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil.** Revista Médica de Chile. 10 (129). En red:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Pp. 1155-1162

Cabrera, M. J. E. (2001). Calidad de vida en mujeres obesas y anoréxicas. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Tlalnepantla. Estado de México. Pp. 115 - 135

Carskadon, M.A. Davis, S.S. (1989). Sleep-Wake patterns in the highschool- to college transition: preliminary data. *Sleep Research*. Pp. 18-113.

Casas, G. R., Hernández, R. A. J. y Perea, G. J. M. (2005). **Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de nivel superior de una institución pública del Municipio de Monterrey.** En red: <http://www.real.enfermeria.uanl.mx>

Catalayud, M. F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. La psicología y los problemas de salud. Cap. 2. México. Paidós. Pp. 65-119

Coll, C. (1992). **Actividad conjunta y habla: una aproximación al estudio de los mecanismos de influencia educativa**. Infancia y aprendizaje. Pp. 59 – 60. México. . D. F Editorial Pax.

Clarke, J. (2006). Ganancia de peso durante la universidad. En red: <http://www.medlineplus.com>

Díaz, P. G. (2008). **La generación extra-extra grande**. Revista emeequis. 107. Pp. 20-30.

Donker, F. J. S. (1992). Modificación de conducta. En: Ribes, T. E. Cap. 1 Medicina conductual y Psicología de la salud. México. Editorial Trillas. Pp. 3 - 13

Eguiluz, L .L. (2003). La dinámica de la Familia. México. D. F. Editorial Pax.

Encuesta Nacional de Salud (ENSA) (2000). Obesidad en Adultos derechohabientes del IMSS. En red: <http://www.ims.gob.mx>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). 2006. En red: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>

Friedman y Dimatteo (1989). Health psychology. Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall. Pp. 12- 23

García, J. (2004). **Comunicación, Calidad de Vida y Evaluación en programas de Salud**. Revista Razón y Palabra. 12. En red: <http://www.razonypalabra.com>, octubre de 2006.

Gatchen, R. J., Baum, A. y Krantz, D.S. (1989). Introducción a la psicología de la salud. 2da Edición. Signapore: McGraw-Hill Intrernational Editions. Pp. 123-145

Gil Roales-Nieto, J. (2003). Cap. 5. Evaluación e Intervención en Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud*. España: Pirámide. Pp. 149 - 187

Gómez-Peresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998). **Conducta alimentaria y obesidad**. *Psicología Iberoamericana*. 2 (6). Pp. 10 - 20

González, F. (2007). Obesidad. Conferencia en XV Congreso de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología. "El trabajo del Psicólogo y su relación con otras ciencias". Laboratorio Roche. Junio 2007.

Grau, A. J. (2002). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo a futuro. *Revista Psicología y Salud*. 18. Pp. 41 - 50

Grau, A. J. y González, P. U. (1998). **Ética, calidad de vida y psicología de la salud**. *Revista Psicología y Salud*. 12. Pp. 83 - 95

Grau, A. J. y Martín, M. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Revista Psicología y Salud*. Enero-junio Pp. 173-149

Gutiérrez, R.T., Raich, E. R. M., Sánchez, C.D. y Deus, J. (2003). Cap. 8 Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud. Obesidad. Alianza Editorial. Madrid, España. Pp. 239 - 276

Harper y Poer (1999). WHOQOL-100. Instrumento para evaluar Calidad de Vida en la enfermedad.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. INEGI (2004). En red: <http://www.inegi.gob.mx>. Marzo 2004.

Instituto Mexicano del Seguro Social. En red: <http://www.imss.gob.mx>

Juárez-López. L. A. (2006). En Conferencia magistral. "Obesidad Infantil y Estomatología". Facultad de Psicología, UNAM. Primer Coloquio. Psicología de la obesidad: Esferas de Vida, Complejidad y Multidisciplina, octubre, 2006.

Kazdin, A. E. (1983). Historia de la modificación de conducta. Bilbao: Desclée de Brouwer (original, 1978).

Labiano, M. (2004). Cap.1 Introducción a la Psicología de la Salud. En: Oblitas, G. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México. Thomson Learning. Pp. 3 - 21

Labrador, F., Muñoz, M. y Cruzado, J. (1990). Medicina Conductual. Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill. Pp. 641 - 651

Lagarde L. M. (2006). Conferencia magistral. "Evolución Humana y obesidad (factores Psicológicos)". Facultad de Psicología, UNAM. Primer Coloquio. Psicología de la obesidad: Esferas de Vida, Complejidad y Multidisciplina, octubre, 2006.

Landa, D. P. (1999). **El perfil profesional del psicólogo en la presentación de servicios de salud.** Revista Psicología y ciencia social. 2 (3) Pp. 32 - 37

Lara, A. (2004). "Devora presupuestos atención a obesidad". REFORMA Jueves 18 de octubre de 2007, pag.8.

León C, D., Kai C, A. y Cruz M, M. H. (2002). **Relación entre el comer en exceso y el manejo de las emociones: una experiencia con estudiantes.** Revista Psicología y Salud. 2 (12). P P. 261 - 266

León, C. D. (2001). **Obesidad: un problema multifactorial.** Revista Psicología y Salud. 1 (11) Pp. 67 - 72

López, A. J. C. y González-García, L. T. (2001). **Enfermedades asociadas a la obesidad.** Revista de Endocrinología y Nutrición. 2 (9) Pp. 77 - 85

López, A. X., Mancilla, D. J. M. y Álvarez, R. G. (1998). **Factores sociales y psicológicos de la obesidad.** Psicología Iberoamericana. 2 (6) Pp. 3 - 8

López, A. X., Mancilla, D.J.M. (2000). **La estructura familiar y la comunicación en obesos y normo-peso.** Revista Mexicana de Psicología. 1 (17). Pp. 65 - 75

López, A. X., Mancilla, D.J.M., Álvarez, R.G. y Vázquez, A.R. (2000). **Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: un estudio exploratorio.** Revista Psicología y ciencia social. 2 (5) Pp. 34 - 40

Lobo, R. C., (2000). **La importancia del diagnóstico del síndrome de ovarios poliquísticos.** Departamento de Ginecología y Obstetricia, Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, New York, NY, 10032, USA. En red: www.todoEnSalud.com. 132 (12).

López-Fontana C. M., Martínez-González, M. A., Sánchez-Villegas, A. y Martínez, J. A. (2006). **Influencia de la pérdida de peso y la actividad física sobre factores de riesgo cardiovascular de mujeres obesas.** Revista de Fisiología y Nutrición. 1 (7). En red: www.respyn.com.mx, enero 2008.

Mancilla, D. J. M., Álvarez, R. G., Román, F. M., López, A. V. y Ocampo, T. M. T. (1998). **Determinación de pautas del comportamiento sexual en obesos.** Psicología Iberoamericana. 2 (6) Pp. 29 - 36

Mancilla, D.J.M., Álvarez, R.G., López, A.X., Mercado, G.L., Manríquez, R.E. y Román, F.M. (1998). **Trastornos alimentaria y factores asociados en universitarias mexicanas.** Revista Psicología Social. 1 (2) Pp 34 - 43

Mancilla, D. J. M., Franco, P. K, Álvarez, R.G., López, A. X., Vázquez, A. R. y Ocampo, T. T. (2004). **Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria.** Revista Psicología y Ciencia Social. 2 (6) Pp 56 – 64

Mancilla, D. J. M., Álvarez, R. G., López, A. X., Mercado, G. L., Manríquez, R. E. y Román, F. M. (1998). **Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas.** Revista Psicología Social. 1 (2) Pp. 34 - 43

Martínez, M. R. (2001). Cap. 16 Unidad de nutrición, metabolismo y trastornos nutricionales. La Salud del niño y del adolescente. 4ª Edición. El Manual Moderno. México, D.F. Pp. 571 - 578

Martín, A. L. y Grau, A. J. A. (2004). **La investigación de la adherencia terapéutica como problema de la psicología de la salud.** Revista Psicología y Salud. 1 (14). Pp. 89 - 99

Matarazzo, J. (1984). **Conducta y Salud. Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después.** Psicología Contemporánea. 1 (2). Pp 16 - 31

Maya, L. L. (2006). Conferencia magistral. “Familia y Obeso”. Facultad de Psicología, UNAM. Primer Coloquio. Psicología de la obesidad: Esferas de Vida, Complejidad y Multidisciplina, octubre, 2006.

Meneses, R. F., Ribeiro, J. P. y Dasilva, A. M. (2004). Promoción de la Calidad de Vida en enfermos crónicos. En: Merinho, M. L. y Caballo, V. (2001). Psicología Clínica y de la Salud. Brasil: Actualidad Académica. Cap. 16. Pp. 292-322. Ma. Refugio Ríos Saldaña (Traducción del Portugués al Español).

Moreno, B. y Ximénez, C. (1995). Evaluación de la Calidad De Vida. Universidad Autónoma de Madrid. España. Pp. 1044 – 1069.

Novoa-Nitz, J. (1989). Historia natural y social de la enfermedad y sus niveles de prevención. En: Martínez y Martínez. La salud del niño y del adolescente. Barcelona, Madrid. 2da. Edición. Salvat. Pp. 61 - 93

Organización Mundial de la Salud. En red: <http://www.oms.com.mx>

Oblitas, L. (2004). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. España. Thompson Editores

Pasarica, M. (2007). “La obesidad, contagiosa como un resfriado, dicen expertos de EU”. La Jornada. Jueves 23 de agosto de 2007. Pp. 3^a

Papazian, R. (1999). FDA Guide to Dieting. En red: <http://www.a%7C/fdaart.html>.

Ramos P. E.G., Valdés L. C., Cantú M. P. C., Salinas G. G., De la Garza C. E. y Salazar G.G. I. (2005), quienes citan la información dada a conocer de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) sobre la identificación de cinco patrones alimentarios básicos: En red: www.respyn.com.mx

Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2000). **Salud, Psicología y Psicología de la salud.** Revista Psicología y Ciencia Social. 1 (4) Pp. 48 - 51.

Riobó (2003). Obesidad en la mujer. En red: <http://www.medlineplus.com>

Ríos, S. M.R. y Osorio G. M. (2001). **Modelo estético corporal y déficit de habilidades sociales: un riesgo para la salud en adolescentes mexicanos.** Psicología Conductual. 2 (9) Pp. 391 - 403

Robles, R. (2004). Cap. 9 Manejo de enfermedades Crónicas y Terminales. En: Oblitas, L. (2004). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. España: Thomson Editores. México. Pp. 249 - 275

Rodríguez, L. (2002). **La inserción del psicólogo en el campo aplicado.** Revista Psicología y Ciencia Social. 1 (5) Pp. 11 - 19

Rodríguez, M. J. (1995). Cap. 11 “La calidad de vida en pacientes crónicos”. Psicología social de la salud. España: Síntesis, s.a. Pp. 173-185

Sánchez-Reyes, L., Beber, A. y Fanghanel, G. (2001). **Incidencia de la obesidad en una población mexicana.** Revista de Endocrinología y Nutrición. 2 (9) Pp. 60 – 66

Sánchez-Castillo, C.P., Pichardo-Ontiveros, E. y López-R. P. (2004). **Epidemiología de la obesidad.** Gaceta Médica Mexicana. 2 (140) Pp. 3 - 20

Secretaría de Salud. Norma Oficial para el manejo integral de la obesidad. (<http://www.secretariadesalud/NOM-174-SSA-1998>)

Silva, E. (2007). Cuando las dietas son una obsesión. En red: <http://www.teletica.com/archivo/buendia/noticias/2005/04/dietas.htm>

Suverza, A. (2004). Obesidad. En red: <http://www.mujeractual.com.copyright/rea/Internet.sl.u>. 2006. Marzo 2007

Suverza, A. (2007). El trabajo del Nutriólogo. Conferencia en XV Congreso de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología “El trabajo del Psicólogo y su relación con otras ciencias”. Laboratorio Roche. Junio 2007.

Torres, T. M. (2004). **¿Cuáles son los factores de riesgo que conlleva la obesidad?** Revista de Endocrinología y Nutrición. 4 (12) Pp. 114 – 116

Unikel, S.C., Villatoro, V. J. A., Medina-Mora, I. M. E., Fleiz, B.C., Alcantar, M. E. N. y Hernández, R. S. A. (2000). **Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal.** La Revista de Investigación Clínica. 2 (52) Pp. 140-147

Vázquez, E. A. (2003). **Estudio de la adicción a los carbohidratos.** Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología (Uruguay). En red: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis/2003/9512>

Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, D. J. M. (2000). **Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana.** Revista Salud Mental. 6 (23) Pp. 18 – 24

Vázquez, A. R. y Raich, E. R. M. (1998). **Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estético corporales en familias con trastorno alimentario.** Revista Psicología y Ciencia Social. 1(2). Pp. 15- 26

Verdugo, M. A. (2001). Programa de Habilidades de la Vida Diaria. Programas Alternativos. Salamanca: Amarú Ediciones.

Villanueva, J. S. y Ramírez, M. E. (2004). **Factores asociados al sobrepeso en estudiantes de 8 a 18 años de áreas suburbanas, Hidalgo, México.** Revista Salud Pública y Nutrición. 3 (5). En red: <http://www.respyn.uanl.mx/v/3/articulos/factores.htm>. diciembre 2007.

Villarroel, V. P., Bastías, A., Cabrera, P. y Guzmán, A. (2001). **Contextualización biopsicosocial de la obesidad infantil en Chile: Un campo emergente de intervención para la Psicología.** Revista Psicología y Salud. 1 (11) Pp. 57 - 65

Visscher, T. I .S. (2004). **Obesity and unhealthy life-years in adult finns: An empirical approach.** Arch Intern Med. 13(164). Pp. 1413-1420. En red: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/164/13/1413>. agosto, 2007.

<http://www.Archinternmed.2004;164:1413-1420> consultada en abril de 2006.

<http://www.obesitychoises.com/espanol/menu3.html>.

<http://www.sitiomedico.com.uy/artnac/2002/5/29.htm>

http://www.alapsa.org/detalle/04/02_salud, octubre 2006

http://www.consumaseguridad.com/web/es/sociedad_y_consumo/2005/02/03/16510.php

GLOSARIO

Adipositos: células adiposas o adipositos consisten en una gran gota central de lípidos rodeada por un borde delgado de citoplasma. Los adipositos almacenan grasa en cantidades equivalentes a 80 a 95% de su volumen. El tejido adiposo aumenta al incrementar el tamaño del adiposito.

Acromicria: Síndrome clínico caracterizado por la hipoplasia de las extremidades óseas evidente en las manos, la nariz, los pies y la mandíbula, se cree que se debe a falta de somatotropina.

Atelectasias: Las atelectasias pueden ser agudas o crónicas. En la atelectasia crónica, la zona afectada suele estar constituida por una mezcla compleja de falta de aire, infección, bronquiectasias, destrucción y fibrosis.

Artrosis: La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente, especialmente entre personas de edad avanzada. Es una enfermedad producida por el desgaste del cartílago, un tejido que hace de amortiguador protegiendo los extremos de los huesos y que favorece el movimiento de la articulación. En la artrosis, la superficie del cartílago se rompe y desgasta causando que los huesos se muevan uno contra el otro, causando fricción, dolor, hinchazón, y pérdida de movimiento en la articulación.

Arritmias: La arritmia es la variación del ritmo regular de los latidos cardíacos. La contracción de las fibras del corazón depende de una descarga eléctrica que se origina en una zona especial (marcapasos natural) y recorre una trayectoria determinada. Si este sistema de conducción presenta anomalías, o si la contracción se origina por la descarga de otra zona (foco ectópico), entonces se generan las arritmias.

Antropometría: conjunto de estrategias útiles para realizar mediciones del cuerpo humano, tanto la distribución del peso como los excesos.

Cáncer de mama: El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido.

Cáncer de endometrio: El cáncer del endometrio es una afección en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del endometrio. El endometrio es el recubrimiento del útero. El útero es un órgano hueco, muscular en la pelvis de la mujer, donde se desarrolla el feto, En la mayoría de las mujeres no embarazadas, el útero tiene aproximadamente 3 pulgadas de longitud.

Corticosteroide: Los corticosteroides (del lat. *cortex*, —*ícis*, corteza, y *esteroide*) o corticoides son una variedad de hormonas del grupo de los esteroides (producida por la corteza de las glándulas suprarrenales) y sus derivados. Los corticosteroides están implicados en una variedad de mecanismos fisiológicos, incluyendo aquellos que regulan la inflamación, el sistema inmunitario, el metabolismo de hidratos de carbono, el catabolismo de proteínas, los niveles electrolíticos en plasma y, por último, los que caracterizan la respuesta frente al estrés.

Carcinogénesis: Es un problema de salud pública mundial. Ocasionado por factores de riesgo químicos, físicos, biológicos asociados a mutaciones genéticas, daño a la máquina del ADN los genes que mutan son de grupos celulares específicos; el Ha-ras, el p53, p21, BRCA1,2 y más. Alteran una o más de las fases del ciclo celular lo enferman provocando el proceso del cáncer, la célula maligna crece rápidamente, inhibe su apoptosis ocasiona cambios en su estructura, se inicia la proliferación, hiperplasia, metaplasia, formación del tumor, angiogénesis, y metástasis. No todos los carcinogénicos son mutágenos ni todas las mutaciones son por carcinogénicos

Diabetes Mellitus tipo 2: La diabetes de tipo 2 es una enfermedad que se produce cuando su cuerpo no produce la cantidad suficiente de insulina, o no puede usarla adecuadamente. Cuando no puede usar su propia insulina, se dice que tiene resistencia a la insulina. Este problema con la insulina hace que el nivel de azúcar en la sangre suba en forma anormal.

Estrógenos: Los estrógenos son las hormonas más importantes que influyen en la vida de mujeres. Los estrógenos son las hormonas responsables de las características sexuales femeninas tales como desarrollo de las mamas y el ciclo menstrual. Para las mujeres jóvenes, la pubertad empieza cuando la producción del estrógeno aumenta en los óvulos. El nivel del estrógeno sigue siendo relativamente igual durante 25 años, después de lo cual disminuirá constantemente.

Factor de riesgo: siendo éste cualquier característica o condición que está presente con mayor frecuencia en la gente que tiene un determinado trastorno en comparación con la frecuencia con que aparece en gente que no sufre dicha enfermedad.

Genética: La genética es el estudio de los patrones de herencia, del modo en que los rasgos y las características se transmiten de padres a hijos. Los genes se forman de segmentos de ADN (ácido desoxirribonucleico), la molécula que codifica la información genética en las células. El ADN controla la estructura, la función y el comportamiento de las células y puede crear copias casi o exactas de sí mismo

Género: El concepto de género refiere a la asignación social y a la valorización diferenciada de responsabilidades y roles a hombres y mujeres, que condiciona sus opciones, hábitos y desempeños

Hipertensión: La hipertensión arterial es una condición médica que cursa con una elevación persistente de la presión arterial, por encima de los 140/90 mm Hg. Es uno de los principales factores de riesgo de cardiopatías, ictus y es una de las principales causas de insuficiencia renal.

Hiperinsulinemia: La hiperinsulinemia es un alto nivel de insulina en la sangre. Puede encontrarse en personas años antes que aparezca la diabetes.

Hipotiroidismo: resultados de una dieta inadecuada se pueden manifestar como signos clínicos de hipotiroidismo (agotamiento físico, intolerancia al frío, resequedad, entre otras).

Hipogonitalismo: denominación del déficit de la función testicular, secundario a una deficiencia en la síntesis de gonadotrofinas hipofisarias: hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH). También se denomina hipogonadotrófico. Es congénito (síndrome de Kallmann) o adquirido (tumores pituitarios, deficiencia aislada de gonadotrofinas, panhipopituitarismo, esteroides anabolizantes). Desde el punto de vista clínico, el paciente presenta los estigmas del hipogonadismo con testículos de pequeño tamaño, déficit en los caracteres sexuales secundarios masculinos y, analíticamente, la evidencia de una disminución de testosterona, FSH y LH.

Hipogonadismo: carencia o defecto de; *-gónada:* órgano sexual. Por tanto, hipogonadismo es sinónimo de esterilidad, cualidad atribuible a aquellas personas que no se pueden reproducir, bien sea debido al mal funcionamiento de los órganos sexuales o a que los gametos son defectuosos.

Hipopituitarismo: Es una afección causada por los bajos niveles de las hormonas hipofisarias. La hipófisis es una pequeña estructura que está localizada en la base del cerebro y está adherida por un tallo al [hipotálamo](#), el área del cerebro que controla su funcionamiento. En el hipopituitarismo, hay una ausencia

de una o más hormonas hipofisarias. La falta de la hormona conlleva a una pérdida de la función en la glándula u órgano al cual controla (por ejemplo: la pérdida de la hormona estimulante de la tiroides ocasiona una pérdida de la función de la glándula tiroides).

Hipoxemia: Déficit del nivel de oxígeno en sangre. El término es utilizado cuando se produce una situación en donde el aporte de oxígeno a las células no puede cubrir las necesidades metabólicas.

Índice Cintura Cadera (ICC): Medida que proporciona información sobre la distribución de la grasa y su distribución en el cuerpo. Se obtiene al dividir.

Factores Heredo-Familiares: Características genéticamente heredadas en línea directa (padres, hermanos, hijos).

Índice de Masa Corporal (IMC): definido como el peso corporal en Kg entre la altura en metros elevados al cuadrado, es decir: $IMC = \text{Kg}/\text{m}^2$., proporciona una norma para medir la obesidad.

Inmunógenos conductuales: son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a enfermar.

Isquemia: La isquemia es una enfermedad en la que se produce una disminución del flujo de sangre rica en oxígeno a una parte del organismo. La isquemia cardiaca es un aporte deficiente de sangre y oxígeno al músculo cardíaco.

Insulina: La insulina es una hormona producida por una glándula denominada páncreas. La insulina ayuda a que los azúcares obtenidos a partir del alimento que ingerimos lleguen a las células del organismo para suministrar energía.

Neumonías: La neumonía, mejor conocida como pulmonía, es la infección del parénquima pulmonar producida por un agente infeccioso. La puerta de entrada

del agente infeccioso suele ser la vía aérea. Los síntomas característicos son tos, dolor torácico y fiebre, aunque no siempre aparecen. Antes de la llegada de los antibióticos, la neumonía tenía resultados mortales, pero hoy es una enfermedad realmente curable.

Obesidad: enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patologías endocrinas, cardiovasculares y ortopédicas, principalmente.

Obesidad androide: Se localiza en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es la más frecuente en varones.

Obesidad endógena: Ligada a trastornos metabólicos o patologías asociadas.

Obesidad exógena: Determinada en su mayoría por un aumento en la ingesta calórica, principalmente un aumento en el consumo de hidratos de carbono y lípidos y/o una disminución en la actividad física.

Obesidad ginecoide: Predomina en abdomen inferior, caderas, glúteos, muslos. Es más frecuente en mujeres .

Ovarios poliquísticos: El síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) es un leve desbalance hormonal que puede causar períodos menstruales irregulares, crecimiento no deseado de cabello, y acné. Puede ser leve o severo. Es una condición común que comienza en los años de la adolescencia. De hecho, casi una de cada quince mujeres padece de SOP.

Patógenos conductuales: conductas que aumentan el riesgo de enfermar.

Psicología de la salud: como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

Rinitis: en un sentido estricto, se entiende por rinitis todo proceso inflamatorio de la mucosa nasal, siendo sus principales síntomas la presencia de edema, vasodilatación, obstrucción nasal y rinorrea.

Síndrome de Cushing: disfunción suprarrenal e hipofisaria, en el que ocurre una ingesta calórica normal.

Síndrome de Lawrence-Moon-Bliedl: trastorno hereditario que se caracteriza por obesidad, retraso mental, hipogonadismo, retinitis pigmentaria y polidactilia o sindactilia.

Síndrome Apneo obstructivo del sueño (SROS): la apnea del sueño es un trastorno en el que la persona afectada deja de respirar mientras duerme porque se produce una obstrucción de la vía aérea superior a la altura del paladar y la base de la lengua principalmente. Al interrumpirse la respiración se reduce la presencia de oxígeno en la sangre, circunstancia que se asocia con un aumento del riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, diabetes o infartos cerebrales

Síndrome de Frohlich: en este se presenta obesidad, talla baja, lesión orgánica cerebral.

Síndrome de Prader-Willi,: síndrome genético causado por una alteración en el cromosoma 15, en el cual hay hipotonía en los primeros meses, obesidad a partir de los 2-3 años, facies características, talla baja.

Síndrome de Alstrom: enfermedad autosómica recesiva que se caracteriza por obesidad, hipogonadismo, sordera de conducción, degeneración retiniana y ceguera. Puede cursar también en la edad adulta con una intolerancia hidrocarbonada, hiperlipemia e hiperuricemia.

Testosterona: La testosterona es una hormona androgénica. Es una hormona propia del género masculino, que permite desarrollar los músculos del hombre con muy poco esfuerzo. Las mujeres producen una cantidad mucho menor, que cumple también importantes funciones en la regulación de aspectos como su humor, apetito sexual y sensación de bienestar

Tromboembolismos: Se trata de la obstrucción brusca de una arteria producida por un cuerpo que arrastra el torrente circulatorio, a ese nivel es de mayor tamaño que la arteria e impide que la sangre circule por ella.

Triglicéridos: Los triglicéridos son el principal tipo de grasa transportado por el organismo. Recibe el nombre de su estructura química. Luego de comer, el organismo digiere las grasas de los alimentos y libera triglicéridos a la sangre. Estos son transportados a todo el organismo para dar energía o para ser almacenados como grasa.