



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Aspectos Psicosociales que influyen en el Sobrepeso y la Obesidad Juvenil”**

T E S I S  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Lizbeth García Martínez**

Directora: **Mtra. Carmen Alicia Jiménez Martínez**

Dictaminadores: **Lic. Marcela Sofía Jiménez Martínez**

**Mtra. María Araceli Álvarez Gasca**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013**



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.

---

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis padres Odilia y José**

Por enseñarme a luchar por mis sueños y no darme por vencida en los momentos más difíciles; por enseñarme a ser una mujer de valores y por su gran esfuerzo para verme como una profesional por eso y más los AMO.

### **A mis asesoras**

A usted maestra Carmen Jiménez por tantas enseñanzas a lo largo de este proyecto, por el tiempo y dedicación otorgados. A ustedes Lic. Marcela Jiménez y Mtra. Araceli Álvarez por el apoyo brindado y por sus consejos para obtener un mejor resultado.

### **A mis amigas**

Beatriz, Guadalupe, Martha, Brisa y Nohemí el “Club de las botas” por dejarme entrar a su vida, compartiendo sus tristezas y alegrías; por ser la familia que Dios me dejó escoger y a la que siempre procurare. ¡Amigas las adoro!

### **A mis hermanos**

Gustavo, Eduardo y Pablo por siempre confiar en mí, por verme como un ejemplo y sobre todo por ser mis cómplices de juego y travesuras. También gracias ti Johan por ir creciendo conmigo, por tantos momentos de espera y añoranza; y sobre todo por enseñarme la felicidad de un niño. “Son mi mayor tesoro”.

### **A mi amor**

Iván por motivarme durante el último año para acabar con este proyecto.

¡Por todo esto a ustedes y a Dios Gracias!

---

# ÍNDICE

	Pág
<b>Resumen</b>	4
<b>Introducción</b>	6
<b>Capítulo 1. Salud y estilos de vida</b>	15
1.1 Concepciones sobre salud	15
1.2 Salud y calidad de vida	18
1.3 Calidad y estilo de vida	19
1.4 Estilos de vida saludables y no saludables	21
1.5 Consecuencias de un estilo de vida no saludable	22
<b>Capítulo 2. Obesidad y sobrepeso como consecuencia de un estilo de vida no saludable</b>	25
2.1 Concepciones de la obesidad a lo largo de la historia	25
2.2 Concepto de obesidad y sobrepeso	28
2.3 Factores que contribuyen a la obesidad	33
2.4 Consecuencias de la obesidad y el sobrepeso	42
<b>Capítulo 3. Alteraciones psicológicas en personas obesas</b>	46
3.1 Imagen corporal distorsionada	46
3.2 Sobrepeso y obesidad ligados al estrés	49
3.3 Ansiedad y depresión en obesos	51
3.4 Trastornos de sexualidad	53
3.5 Trastorno alimentario	56

---

<b>Capítulo 4. La juventud frente a la obesidad</b>	<b>58</b>
4.1 Índices de obesidad en población de jóvenes	58
4.2 Factores asociados a la obesidad y sobrepeso de los jóvenes	60
4.2.1 Las creencias de los jóvenes respecto a los problemas de sobrepeso y obesidad	62
4.3 Acciones para mejorar la salud de los jóvenes	62
<b>Capítulo 5. El papel del Psicólogo frente a los problemas de obesidad en los jóvenes</b>	<b>64</b>
5.1 Papel del Psicólogo frente a la obesidad juvenil	64
5.2 Programas para la prevención de sobrepeso y obesidad	69
<b>Capítulo 6. Conclusiones</b>	<b>71</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>76</b>

---

## RESUMEN

El descenso de la mortalidad de la población con el paso del tiempo ha ido cambiando, debido a que la forma de enfermarse y morir es diferente, en la actualidad las enfermedades más comunes son las crónico-generativas (diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro-vasculares), asociadas al sobrepeso y obesidad.

Y debido a que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en obesidad infantil y el segundo en adultos, el sistema de salud pública ha propuesto impulsar políticas intersectoriales que incluyen diversas acciones para evitar la muerte por causa de esta enfermedad y para analizar los daños producidos por problemas de salud que no necesariamente llevan a la muerte.

A nivel internacional, desde 2004, la OMS ha propuesto diversas estrategias para el tratamiento y prevención de la obesidad, tales como la promoción de un adecuado régimen alimentario, en relación con actividad física. Del mismo modo la Asociación Idea Sana Eroski, en su programa 2007-2012 propone campañas de concientización social y promoción de la salud denominadas: “Una Nueva Cultura: Escuela y Salud” y “Entornos y Comunidades Saludables”.

Con base en esta problemática se planteó como objetivo para esta tesis teórica revisar los aspectos psicológicos relacionados con la obesidad y sobrepeso juvenil, además de puntualizar el papel del psicólogo desde el ámbito de la Psicología Social Aplicada; para lo cual se utilizó una metodología de investigación documental informativa.

En la investigación se encontró que la obesidad es una enfermedad definida como la cantidad excesiva de grasa corporal, resultado de un desequilibrio permanente o prolongado de la ingestión de alimentos. Se determina de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) y clasifica en obesidad tipo I, II, III o IV dependiendo de su gravedad. Al igual que puede ser clasificada de la siguiente manera: Obesidad Hipertrófica o Hiperplásica; Primaria o Secundaria y finalmente Infantil o del Adulto.

La obesidad puede presentarse debido a diversos factores genéticos o sociales y del medio o bien por su combinación. Su presencia genera innumerables consecuencias físicas (como enfermedades crónicas) y psicosociales (estigma social y discriminación).

En la misma línea se explica que las personas con obesidad tienden a presentar alteraciones emocionales tales como: sentimientos de culpa y vergüenza, cuadros depresivos y de ansiedad; imagen corporal distorsionada, estrés, baja autoestima, situaciones que pueden generar depresiones y ansiedad, al igual que trastornos de sexualidad como insatisfacción sexual, miedo a la intimidad con otra persona, pocas relaciones íntimas y personales, o bien algún trastorno alimentario en especial el “Binge Eating” el cual se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada.

Por otro lado se enmarcan las situaciones que viven los jóvenes y que los conducen a la obesidad, tal es el caso de un estilo de vida inadecuado que incluye una mala alimentación y pocas actividades físicas.

Como conclusión se destaca la importancia de la intervención del psicólogo para generar cambios y promover un estilo de vida adecuado que disminuya la probabilidad de desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa.

---

## INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años se produjo en México un descenso importante de la mortalidad en todos los grupos de edad debido a los nuevos tratamientos utilizados para enfermedades infecciosas que contribuyen para que las personas vivan hasta edades avanzadas, lo que ha generado un cambio importante en la manera de enfermar y morir de la población, pues ahora - aunque las personas viven más tiempo-, suelen enfrentarse a enfermedades no transmisibles pero discapacitantes (Secretaría de Salud, 2007).

Al respecto, se planteó el Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud” con la intención de cumplir los siguientes objetivos (Instituto Nacional de Salud, 2007):

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.
5. Garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país.

En este programa se mencionan tres tipos de enfermedades que concentran más del 33% de las muertes en mujeres y del 26% en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares, que a su vez están asociadas con factores de riesgo como el sobrepeso y obesidad que afecta a la población de 20 años o más.



La obesidad es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como es el caso de la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) al destacar que su incremento en los últimos treinta años es alarmante, ha planteado la necesidad de acciones intersectoriales inmediatas, como es la identificación de sus tendencias y determinantes en la población mexicana.

La OCDE (2012) reconoce que el 17% de la población de los países afiliados presenta obesidad y sobrepeso, padecimientos que son causa de muchas muertes en el mundo. México ocupa el cuarto lugar con niños de 5 a 17 años, y el segundo lugar de adultos con obesidad. Por su parte el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) difiere con estos datos pues menciona que actualmente México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos. Problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar.

Del mismo modo, al considerar los puntos de corte de Índice de Masa Corporal (IMC) (kg/m<sup>2</sup>) propuestos por la OMS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México para el caso de los adultos es del 71.28% (que representan a 48.6 millones de personas); con diferencias por nivel socio-económico (más alto en zonas urbanas y en el norte del país). Dicho organismo internacional en 2010 destacó que mil millones de adultos en el mundo tenían sobrepeso, pudiendo ascender a mil quinientos millones en 2015 si no se toman medidas de salud pública.

Y aunque evitar la muerte por causa de enfermedades relacionadas con la obesidad es una de las preocupaciones del sistema de salud en México, debido al incremento de las enfermedades no transmisibles, se ha destacado la importancia

de realizar un análisis detallado de los daños producidos a la salud que no necesariamente llevan a la muerte e impulsar políticas intersectoriales para contrarrestar el entorno obesogénico y habilitar a las personas para adoptar comportamientos y estilos de vida saludables, aumentando así la conciencia colectiva mediante campañas colectivas de concientización y educación.

Por lo anterior, se ha propuesto considerar los años de vida saludable (AVISA) como un indicador importante que permita entender los cambios en los patrones de daño a la salud, y explicar de qué manera influyen los riesgos del entorno (carencia de servicios, contaminación, etc.) y los estilos de vida de las personas, pues se considera que son “determinantes proximales de las condiciones de salud” (Instituto Nacional de Salud, 2007: pp-30). La mayor proporción de AVISA perdidos se debió a enfermedades crónicas, encontrándose una tasa 1.5 veces mayor en el año 2000 que en 1995 (Escobedo, Rodríguez, Ramírez y Zurita, 2007).

Respecto a lo mencionado anteriormente, la OMS (2012) ha señalado que en la población joven (de 15 a 24 años) cada año se registran 2,6 millones de defunciones y un número mayor sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse a plenitud debido a la adopción de comportamientos que ponen riesgo su salud, como es el caso del consumo de alcohol y tabaco, falta de actividad física, relaciones sexuales sin protección, comportamientos violentos, así como hábitos nutricionales inadecuados.

En el mismo sentido, en 2009, Lumbreras y Moctezuma realizaron un estudio con el propósito de evaluar el riesgo para desarrollar enfermedades crónicas, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados, violencia en la pareja y enfermedades ocupacionales, en estudiantes de la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Dentro de los resultados se destaca que el 23% tenía sobrepeso y el 6% obesidad, asociando estos trastornos con el uso de

diversos métodos para perder peso y una alimentación inadecuada; además de diversos problemas de adicciones, relaciones de pareja, embarazos no deseados y daños a la salud por el uso excesivo de la computadora.

De manera similar, Arbor (2010), en un estudio realizado en Michigan, EEUU menciona que las principales preocupaciones en materia de salud son la obesidad, el abuso de drogas, el tabaquismo, peligros en Internet, estrés, embarazo adolescente, abuso y negligencia hacia los niños, abuso de alcohol, e insuficientes oportunidades para la actividad física. Y aunque no todos estos problemas los condujeron a la muerte, si contribuyeron en el deterioro a la salud que incide sobre la calidad de vida de las personas.

Con todo lo expuesto anteriormente, se plantea la necesidad de consolidar políticas universitarias que provean a los estudiantes, dentro de los horarios de clases, información básica sobre el cuidado de su salud y la práctica de actividades deportivas como parte de su formación, así como asegurar una alimentación saludable y el acceso a actividades artísticas y a eventos culturales dentro de los espacios universitarios.

Como han señalado Alor y Francisco (2009) al considerar al sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública, la implementación de estrategias que disminuyan la frecuencia con que se presentan, nivel nacional y mundial debe ser una realidad, diversos organismos ya están trabajando en ello, a continuación expongo algunos de ejemplos:

La OMS a partir del año 2004 implementó la estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud, la cual tiene el objetivo de lograr una reducción significativa en la prevalencia de enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo. Dicha organización reconoce que muchos de los problemas de salud escapan al control del sector salud, y propone continuar con programas de

atención primaria bajo una visión holística de la salud que permita ir mucho más allá del limitado modelo médico.

La Asociación Idea Sana Eroski, fundada hace 35 años desarrolla campañas de concientización social y difunde información veraz sobre hábitos alimenticios saludables y ejercicio físico para mejorar la calidad de vida.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó en 1997 la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles), con el fin de promover un enfoque integrado para la prevención de las enfermedades no contagiosas (enfermedades crónicas) en América Central y del Sur. Esta red está formada por países que comparten un objetivo en común: de reducir los índices de muerte y discapacidad por enfermedad crónica y sus factores de riesgo. La iniciativa reconoce que las causas de las enfermedades crónicas son multifactoriales que las enfermedades crónicas comparten factores de riesgos comunes, que en gran medida se pueden prevenir. De acuerdo con Escobar (2008), la mencionada iniciativa tiene un enfoque multidimensional y promueve el desarrollo de políticas locales y la reorientación de los servicios sanitarios, para la prevención y el control de enfermedades crónicas.

En México, la Secretaría de Salud ha generado diversos programas de prevención de salud tales como: El programa 2007-2012, denominado “Promoción de Salud: una Nueva Cultura, proponía “lograr en los individuos, las familias, las comunidades y la población en general el desarrollo pleno de sus capacidades, para que ejerzan un mayor control sobre los determinantes de su salud, tomando en cuenta la distribución diferencial de los determinantes sociales; y así contribuir a la disminución de las desigualdades en salud, al bienestar de todos los mexicanos y a la sustentabilidad de las instituciones; ejerciendo la rectoría en la materia, como eje impulsor e integrador de las políticas y de los programas de salud” (pp. 61).

En el caso del “Programa Escuela y Salud”, se plantean estrategias para construir “una nueva cultura de la salud en los niños, adolescentes y jóvenes, mediante la modificación de los determinantes causales de la salud individual y colectiva, que contribuya al mejor aprovechamiento, desarrollo de capacidades y disfrute de la vida escolar” (Programa de acción 2007-2012, pp. 39).

Y el programa “Entornos y Comunidades Saludables” que surgió con el objetivo fortalecer los determinantes positivos de la salud, mediante el impulso de la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos favorables (pp. 25).

Con base en lo anterior, puede observarse que desde hace muchos años, ante la prevalencia del sobrepeso y obesidad en la población nacional y mundial se han propuesto diversas acciones que generen cambios significativos, por lo que, como se señala en el Grupo Multidisciplinario sobre Obesidad de la Academia Nacional de Medicina (2013) es necesario que se implementen políticas de salud pública que planteen la prevención de la obesidad, incluyendo distintas formas de regulación, legislación, instrumentos fiscales específicos y la creación de nuevas normas sociales, o una combinación de éstas.

Por otro lado también se indica como necesario impulsar estrategias de comunicación educativa, que contribuyan a desarrollar una cultura de la salud que implica un cambio de vida, que incluye conductas saludables, a cualquier edad y en cualquier situación. Una manera de implementar dichas estrategias es a través de los medios de comunicación, los programas sociales y el apoyo de la sociedad en general.

Todos estos programas tienen implícitos los aspectos psicológicos relacionados con el sobrepeso y obesidad por lo que se planteó como objetivo para esta investigación documental la necesidad de revisar la información disponible sobre los aspectos psicológicos relacionados con la obesidad y el sobrepeso juvenil, además de puntualizar el papel del psicólogo desde el ámbito de la Psicología Social Aplicada.

Los objetivos particulares fueron:

- Revisar los factores relacionados la obesidad y el sobrepeso y cómo es que el desarrollo de un estilo de vida puede contribuir a disminuir el problema y prevenirlo.
- Analizar las consecuencias físicas y psicológicas que desencadena la presencia de obesidad y sobrepeso en jóvenes.
- Destacar las funciones y atribuciones del psicólogo desde una visión psicosocial.

La metodología que guió este trabajo fue la investigación documental informativa, en la que se plantea la importancia de identificar la información relevante de diversas fuentes confiables sobre un tema específico, sin tratar de probar u objetar alguna idea o postura; utiliza procedimientos lógicos y mentales propios de la investigación como: análisis, síntesis, deducción e inducción y realiza una recopilación adecuada de datos que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, y orientar formas para elaborar otras investigaciones (Arias, 1999 y Sabino, 2002). La contribución del investigador radica en analizar y seleccionar de la información aquello que es relevante (Namakforoosh, 2003).

La presente tesis está integrada por cinco capítulos, en el primero se analizan las diversas concepciones de salud a lo largo de los años y cómo es que se ha logrado transitar de un modelo predominantemente médico, enfocado sólo en algunos aspectos del ser humano, a un enfoque más holístico y que considera los diversos factores contextuales.

En el segundo capítulo, se hace referencia a la obesidad y el sobrepeso como consecuencia de un estilo de vida inadecuado, es decir, las personas generan conductas que afectan su salud a lo largo del tiempo porque así lo han aprendido, aunque también se identifican diversos factores genéticos y sociales o del medio; dentro de éstos últimos se encuentran los patrones de alimentación, los enlaces culturales y el sedentarismo.

Y ya que la obesidad tiene diversos referentes de origen y puede generar alteraciones en distintos aspectos de la vida de un individuo, en el capítulo tres se analizan algunos aspectos relacionados con lo psicológico, tal es el caso de la imagen corporal distorsionada, el estrés, ansiedad y los problemas en la sexualidad.

Para el capítulo cuatro, se presentan estadísticas sobre las principales actividades de los jóvenes de entre 12 y 29 años, en especial se enmarca que la mayoría de las conductas de los jóvenes se relaciona con las creencias que estos poseen, de la misma manera se observan actividades a las que se enfocan los jóvenes como trabajo y escuela.

En el quinto capítulo se hace énfasis en los aspectos relacionados con el papel del psicólogo frente a los problemas de la obesidad y el sobrepeso; y desde un enfoque psicosocial se indica la importancia de un abordaje holístico y contextual, así como la necesidad de un trabajo multi, inter y transdisciplinario.

Finalmente en el capítulo seis se presentan las reflexiones realizadas a lo largo de la elaboración del documento, además de algunas conclusiones y perspectivas para el trabajo del psicólogo social.



---

# 1

## SALUD Y ESTILOS DE VIDA

### 1.1 Concepciones sobre salud

La salud puede ser entendida, en una primera aproximación, como un estado de equilibrio físico, psíquico y espiritual; es el medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, pues no basta tener un cuerpo vigoroso o saludable, ni es suficiente sentirse útil y tener una dedicación o trabajo, sino tener una misión en la vida; no basta con perdurar en el tiempo, sino que es necesario encontrarles un sentido a los años (López, 1993).

Sin embargo, la salud, uno de los anhelos más esenciales del ser humano, debe ser considerada como algo que cambia de acuerdo con las condiciones de vida y las ideas de cada sociedad y cultura, y supone más que un estado o situación, pues implica una forma de estar en la vida.

Y cuando de salud se trata, es importante hacer mención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con ésta. Como autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo, plantea que “uno de los derechos fundamentales de cada ser humano es el goce del más alto grado de salud que se pueda lograr, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica social” y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones (Higashida, 1995).

Pero el concepto de salud actual no es el mismo que en 1964, la OMS la definía como "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (pp. 1); y para 1978, se añade la idea de que es un derecho social básico de todas las personas. Al considerar incuestionable que la salud guarda una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos, la idea de salud como un derecho humano ha sido apoyada por diversas organizaciones dependientes de la ONU: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (Higashida, 1995).

Ante esta situación en el año de 1978 se reunieron en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética), los delegados gubernamentales de 134 países, para celebrar un congreso en el que se plantea la declaración de Alma Ata, cuyos principios fueron (Higashida, 1995; Ponte, 2008 y Vizcarra 2010):

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
- Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
- Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

Más recientemente, algunos autores (López, 1993 e Higashida, 1995) destacan la importancia de considerar a la salud como el equilibrio de los aspectos biológico, ecológico- social y psicológico, considerando que cada uno de los ellos posee en sí mismo componentes que deben ser analizados:

-Desde el punto de vista biológico, la salud significa equilibrio y armonía entre las diversas funciones orgánicas, adaptación al medio y resistencia a factores morbosos.

-Respecto a lo ecológico-social, la salud se concibe como la óptima capacidad del individuo para su continua adaptación al ambiente en todos los niveles. Cabe mencionar que el hombre es un ser que nace dentro de un grupo social compuesto por un conjunto de personas que interactúan entre si y comparten ideas y costumbres.

-Desde lo psicológico, la salud puede ser explicada como la capacidad intelectual y la de “vivir la vida y no ser vivida por ella” tal como la expreso Erich Fromm (Higashida, 1995) “cada organismo es único, tiene su propia personalidad, que es el conjunto de características psíquicas heredadas y adquiridas con las cuales se manifiesta, éstas están compuestas por el temperamento, (es la capacidad de reaccionar a los estímulos de determinada manera) y el carácter (que resulta de la interacción del individuo con el ambiente que lo rodea)”.

Con base en lo anterior, podemos hablar de salud física cuando el bienestar está relacionado con el cuerpo, y salud mental cuando nos referimos a la manera en que se la persona maneja su vida y se relaciona con los demás en distintos ambientes (De Castro, Mebarak, Salamanca y Quintero 2009).

La salud mental, de acuerdo con Souza y Cruz (2010) está determinada por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, pero en muchos casos tiende a ser explicada a partir del análisis de diversas patologías como trastornos depresivos y ansiosos, de la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos del desarrollo infantil.

Decir que se posee una buena salud mental es señalar que se encuentra en un estado de bienestar, o que el individuo es consciente de sus propias capacidades, que puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2004 y 2007).

## **1.2 Salud y calidad de vida**

El concepto de salud necesariamente se relaciona con el de calidad de vida, y representa la valoración que realiza una persona de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a diversos niveles (Márquez, Pinto, y Velázquez, 2009):

- a) Fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual),
- b) Emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración),
- c) y Social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).

En 2011 la OMS señala que la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de

valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Barrón 2005, pp. 12).

Pero el concepto de calidad de vida, de acuerdo con Ardila (2003), posee aspectos subjetivos tales como el de intimidad, la expresión emocional, la salud y seguridad percibida; y aspectos objetivos, como es el nivel de bienestar material, las relaciones con el ambiente físico y social; y con la comunidad. De acuerdo con lo anterior podemos sentirnos saludables y no estarlo, o estarlo (salud objetiva) y no sentirnos saludables.

### **1.3 Calidad y Estilo de Vida**

La Calidad de Vida está directamente ligada a los estilos de vida, pues es claro que la manera en que vivimos, actuamos y pensamos determina el nivel de bienestar que experimentamos en un momento dado. En 1929, Adler introdujo el concepto de "Estilo de Vida" señalándolo como "un movimiento ininterrumpido hacia un fin". Para este autor, el Estilo de Vida tiene que ver con la manera de ser de cada individuo (Oberst, Ruiz y Quesada, 2006).

Los estilos de vida abarcan una serie de comportamientos que disminuyen o aumentan los riesgos de enfermar; éstos incluyen conductas que contribuyen o afectan la salud, patrones de conducta ocasional y habitual, creencias, y conocimientos (Vives, 2007 y Hernández, 2010).

De la Torre y Tejada (2007) proponen seis dimensiones de los estilos de vida:

1. La dimensión cognitiva, que se refiere a la influencia que tienen los pensamientos que tiene la persona acerca de su salud. Integra las creencias que subyacen a la manera habitual de comportarse de una persona y que son producto de factores personales, ambientales y sociales. Estas creencias, emergen de la historia personal del sujeto.
2. La dimensión receptiva, se refiere a la percepción del riesgo, de la severidad y la susceptibilidad, así como el valor de las precauciones que tienen las personas para cuidar su salud. En algunas ocasiones se presenta con poca fuerza debido a que no es capaz de relacionarla con el comportamiento de riesgo para la salud.
3. La dimensión emocional explica por qué los jóvenes no perciben el riesgo como algo cercano, o se consideran sujetos invulnerables, motivo por el cual acostumbran conductas insanas que afectan a la salud a mediano o largo plazo. Esto puede denominarse comportamiento deficitario en autocontrol.
4. La dimensión la volitiva, se refiere a lo que conduce a las personas a realizar actos concretos relacionados con sus estilos de vida, explica por qué las personas tienden a aceptar o rechazar conductas que favorecen o dañan su salud. Están relacionados con el manejo de tiempo libre y a la capacidad para visualizar, la importancia otorgada a los espacios de recreación, e incluyen, entre otros, la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el auto cuidado, cuidado médico y el sueño.

5. La dimensión comunicativa puede tener poderosos efectos tanto saludables como no saludables. Para asegurar lo primero es necesario que los programas de comunicación en salud contribuyan a informar, convencer, fortalecer y educar a los jóvenes. Su objetivo debe estar relacionado con el refuerzo de conductas y actitudes a favor de la adopción de un comportamiento sano.
  
6. La dimensión pragmática se refiere a la interpretación que se da a la información adquirida. En el caso de los estilos de vida, se requiere que la información sea congruente y contribuya a tomar decisiones de acción a favor de la vida saludable.

Considerando lo anterior, y dado que el conjunto de pautas y comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en la salud, se requiere realizar el análisis de los estilos de vida de las personas, identificar lo que permanece y lo que ha cambiado, los factores de influencia, lo que caracteriza las ideas y creencias de salud por grupos de edad, género, nivel socioeconómico e incluso por el tipo de actividad que se realiza (Vives, 2007).

#### **1.4. Estilos de vida saludables y no saludables**

Las conductas habituales que contribuyen a potenciar la salud se relacionan con un estilo de vida saludable. Estas conductas saludables consisten en llevar una dieta regular y equilibrada (no sólo es importante la cantidad de alimentos que comemos, sino también su calidad, ya que ambas influyen en el mantenimiento adecuado de nuestra salud); evitar sustancias nocivas (alcohol, drogas, inhalantes); practicar algún ejercicio de manera continua, seguir un horario regular

(de horas de sueño, comidas y tiempo libre) y tener una higiene personal diaria (Confederación de Consumidores y Usuarios CECU, 2008).

Sin embargo no siempre están presentes en las personas y, menos aún, forman parte de la vida de muchos jóvenes, quienes presentan conductas de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco, alcohol y otras drogas, la ingestión de comida chatarra, cepillarse los dientes pocas veces al día, no hacer deporte, no dormir por lo menos 8 horas diarias, la conducción de vehículos de manera imprudente, no seguir medidas de seguridad en el trabajo o escuela, no usar puentes peatonales, ver televisión la mayor parte del tiempo libre, no compartir actividades en familia, el estrés, comportamiento sexual inadecuado y relaciones interpersonales destructivas (López, 1993; Ardila, 2003; Arrivillaga, 2003; Echegaray, Serrano y Walters, 2007; Ávila y Cabello, 2009; OPS, 2010 y Mendoza 2011).

### **1.5 Consecuencias de un estilo de vida no saludable**

Tener un estilo de vida inadecuado se relaciona con la evasión de la responsabilidad que todo individuo tiene para con su salud, situación que cada vez arroja cifras enormes sobre las diferentes muertes causadas por el estilo de vida inadecuada, por ejemplo: la OMS calcula que 70.0% de las muertes prematuras en los adultos es consecuencia de conductas desarrolladas durante la adolescencia, que a largo plazo se traducen en una población enferma con bajos niveles de productividad y altos costos sociales, como el incremento del gasto público en salud en un contexto de escasez de recursos (SEP, 2008) a continuación se muestran cifras de algunas de las diferentes actividades de riesgo en las personas y sus consecuencias:



- 1) El tabaquismo, primera adicción a nivel mundial, es el causante de aproximadamente 25 enfermedades graves. Se calcula que más de la mitad de los 1,200 millones de fumadores que existen en el mundo morirán por una enfermedad relacionada con el tabaco, lo mismo ocurre con las personas que, aunque no fuman (fumadores pasivos), están en contacto con aire contaminado por el humo del tabaco (Hernández, Olaiz, Rivera, Rojas, Sepúlveda, Shamah y Villalpando, 2006; Ávila y Cabello, 2009 y OPS 2010).
- 2) El alcoholismo, está asociado con diversas enfermedades como los diferentes tipos de cáncer, las enfermedades cardiovasculares, hepáticas, digestivas, hematológicas, inflamatorias, metabólicas, renales, sexuales, neurológicas y psiquiátricas. El alcohol reduce el autocontrol y aumenta las conductas de riesgo que son practicadas por los jóvenes principalmente, y causa de traumatismos (en particular de los causados por el tránsito), violencia (especialmente la doméstica) y muertes prematuras (Ávila y Cabello, 2009; OPS, 2010 y Mendoza, 2011). La OMS define el alcoholismo como toda forma de ingestión de alcohol que exceda el consumo alimentario tradicional y a los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, independientemente de los factores etiológicos responsables la herencia, la constitución física o las influencias psicopatológicas y metabólicas adquiridas (López, 1993).
- 3) Alimentación Inadecuada que favorece la aparición de enfermedades como la obesidad que favorece la aparición de la diabetes, enfermedades cardiacas y arterioesclerosis (Hernández y cols., 2006 y OMS, 2012).
- 4) El sexo inseguro que puede generar enfermedades de transmisión sexual como VIH SIDA y/o embarazos no planeados (Hernández y cols., 2006 y OMS, 2012).

Como se puede ver algunas prácticas habituales que, como parte de un estilo de vida poco saludable, constituyen un riesgo para los individuos lo que acarrea consecuencias a la salud que a largo plazo pueden desencadenar una pobre calidad de vida.

---

## 2

# OBESIDAD y SOBREPESO COMO CONSECUENCIA DE UN ESTILO DE VIDA NO SALUDABLE

### 2.1 Concepciones de la obesidad a lo largo de la historia

La concepción de obesidad ha ido cambiando a lo largo del tiempo, en el pasado ésta se relacionaba con la salud fuerza y virilidad, de hecho la única prueba que se tiene de la existencia de la obesidad en el periodo primitivo son las estatuillas encontradas las cuales son de mujeres obesas, la más conocida es la estatuilla de Willendorf o Venus de Willendorf (Figura 1) que tiene alrededor de 25,000 años, data del periodo paleolítico, ésta fue encontrada en Austria y representa a una mujer obesa. Actualmente se encuentra en el museo de Historia Natural de Viena (Montero, 2001; Foz, 2004 y Alonso, 2005).

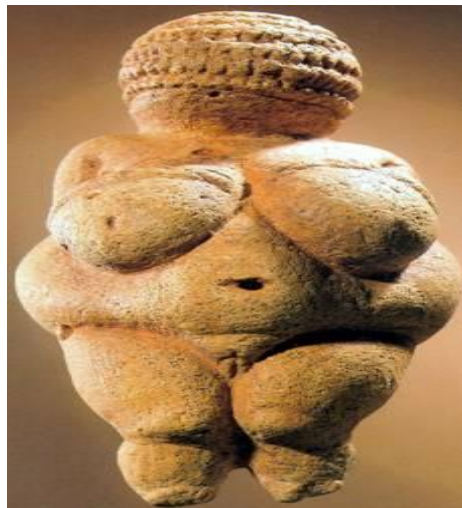


Figura 1. Venus de Willendorf (Foz, 2004).

Se cree que las figuras representan la idea de que la obesidad era importante para conservar la especie, pues en los tiempos primitivos, al ser muy poco el alimento seguro, era necesario conservar la grasa. También es muy posible que en las grutas donde los cavernícolas del paleolítico se juntaban para protegerse de los fríos invernales, a la luz de las antorchas, se adorasen estas estatuillas, como un culto a la vida y a lo cotidiano ya que la mujer era como una madre tierra, ella guardaba el sobrante de la cosecha y de la caza, disponía de todos los bienes, y encendía o apagaba el hogar según lo creyera necesario (Montero, 2001 y Foz, 2004).

Con el paso del tiempo, en la edad antigua (3500 a.C. a 476 d.C.) las concepciones sobre obesidad cambiaron, para esta época la alimentación era abundante en calidad y en variedad, dándose la obesidad en personas de rango social elevado, que eran las que tenían mayor acceso a estos alimentos, y no solo eso también tenían mayor acceso a información por lo cual si lo querían podían tener una dieta equilibrada (Foz, 2004).

En este mismo sentido, Hipócrates realizaba minuciosas observaciones de los síntomas de los pacientes y llegó a la conclusión de que la muerte súbita era más común en gordos que en delgados y le atribuyó a la obesidad ser la causante de infertilidad. Algunas de estas inteligentes descripciones siguen siendo válidas en el momento actual (Foz, 2004).

Por su parte Platón (siglo V-IV a.C.) señaló que la dieta equilibrada es la que contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad se asocia con la disminución de la esperanza de vida. Para complementar Galeno (siglo II a.C.), quien es una de las personalidades más importantes en la historia de la Medicina (escribió más de 125 libros médicos que tuvieron gran repercusión en los siguientes 1.300 años) pensaba que la obesidad se desencadenaba por desobediencia a las leyes de la naturaleza y la clasificó en: moderada e

inmoderada, la primera la considera como natural y la segunda como mórbida (Foz, 2004).

Posteriormente en la edad media (siglo 476 .C. a 1453d.C.) la glotonería era más bien común entre los nobles, que la consideraban un signo tangible de bienestar. La iglesia, en cambio, desaprobaba la glotonería (Foz, 2004).

Ante esto la Iglesia Católica adjudicó a la glotonería como pecado venial. Sin embargo los artistas hicieron caso omiso y pintaban como algo hermoso un cuerpo obeso. Esta omisión fue seguida durante muchos años incluso por muchos monjes, sin embargo en el siglo XIII, cuando el papa Inocencio III insistió en el pecado de la gula y recriminó a todos los sacerdotes y monjes obesos (Montero 2001 y Foz, 2004).

Para la edad moderna en Europa, a fines del siglo XV, había mayor disponibilidad de comida y la glotonería ya se relacionaba claramente con la obesidad. Además de publicaban textos apoyados en las teorías de Hipócrates y galeno completándose se datos físicos y formas de vida (Foz, 2004).

También cabe destacar que progresivamente los gustos populares fueron cambiando y ejerciendo presión sobre el individuo, al tiempo que los cambios conseguidos realimentaban la ambición de tener nuevos y más exigentes modelos (Montero 2001 y Alonso, 2005).

Los gustos populares que destacaron las imágenes femeninas protectoras del embarazo y de la procreación se han volcado hacia otras con muy dudosa capacidad para sobrellevar un embarazo bien nutrido y asegurar una lactancia y vida adulta normales (Montero 2001).

Pues las mujeres ahora consideran que la delgadez es sinónimo de belleza, por lo contrario los cambios en los hábitos de las personas en donde se tiene más acceso a las necesidades básicas, provocan que las personas tengan una vida más sedentaria y mala alimentación, situación que ha provocado que la obesidad actualmente sea considerada como una pandemia en la cual se tienen que tomar las medidas de salud publicas necesarias para erradicar esta enfermedad (Montero 2001 y Alonso, 2005).

## **2.2 Concepto de obesidad y sobrepeso**

La obesidad, considerada como enfermedad en 1948, consiste en un aumento de masa corporal al grado que se ponga en riesgo la salud. De acuerdo con Echegaray y cols., (2007) se define como la cantidad excesiva de masa corporal, resultado del desequilibrio permanente o prolongado de la ingestión de alimentos y el gasto energético (obesidad exógena); aunque también puede ser entendida como el exceso de grasa corporal que tiene una persona en un determinado momento, como consecuencia de disturbios hormonales o metabólicos (obesidad endógena) (OPS/OMS, 2002; Chinchilla, 2005; Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005; Calero, 2005 y Martínez, 2011).

Calero (2005) señala que en condiciones normales, el cuerpo contiene una cantidad de tejido grasos que varía en el hombre entre un 15 y 18% en el hombre y en la mujer entre el 20 y 25% (Figura 2); sin embargo, un porcentaje mayor al señalado representa un problema de salud que puede ser considerado como sobrepeso u obesidad, dependiendo de dicho porcentaje.

La NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, explica la cantidad normal de grasa según el sexo y la edad (Tabla 2) y distingue entre sobre peso y obesidad:

- a) El sobrepeso, es el estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m<sup>2</sup> y menor a 29.9 kg/m<sup>2</sup>.
- b) La obesidad se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>.

Edad (años)	Mujer (%)	Hombre (%)
15-20	18-22	15-18
21-25	21-23	15-20
26-30	22-24	19-21
31-35	24-26	20-21
36-45	25-27	21-23
46-50	28-30	22-23
51-60	29-31	23-24
+ 60	29-31	24-25

Tabla 2. Cantidad normal de grasa según sexo y edad (Calero, 2005).

Para determinar que una persona padece sobrepeso u obesidad es necesario calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla de una persona. Dicho índice se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (IMC=kg/m<sup>2</sup>).

El IMC es una variable continua que explica el grado de obesidad que se tiene. Como puede observarse en la figura 2, la OMS, de acuerdo con Méndez y Uribe (2002) y OPS/OMS, (2002) han determinado el rango de IMC que tiene una persona saludable, quien tiene sobrepeso u obesidad grado I, grado II, III y IV (Figura 3).

El sobrepeso y obesidad grado I, es la caracterizada por el exceso de grasa corporal total sin que se produzca una concentración específica de tejido adiposo en alguna región corporal. La de grado II, es el exceso de grasa subcutánea en la región abdominal y del tronco (androide), ésta tiene mayor incidencia en varones y suele asociarse con altos niveles de colesterol tipo LDL y un mayor riesgo para la salud (Figura 4). También se le conoce como: masculina, abdominal, central, visceral, de la parte superior del cuerpo o con forma de manzana (Bastos y cols., 2005 y Calero, 2005).

Para determinar la obesidad tipo II, Calero (2005) dice que es necesario conocer el IMC, este tiene que ser de 35 a 39.9; y el valor en cm de la cintura/cadera, si el resultado es mayor a 1.0 en el hombre y 0.9 en la mujer, entonces es obesidad androide.

La Obesidad grado III, está caracterizada por el exceso de grasa víscero-abdominal y la de grado IV por el exceso de grasa glúteo-femoral o ginóide (Figura 4). Esta última es más común en mujeres y se le conoce como femenina glúteo-femoral, periférico, subcutáneo, de la parte baja del cuerpo, o con forma de pera y se mide con el IMC (40 o más) y con las medidas de la cadera/cintura en cm. si el resultado obtenido es menor a 1.0 en hombres y 0.9 en mujeres, entonces se dice que se trata de obesidad ginóide.



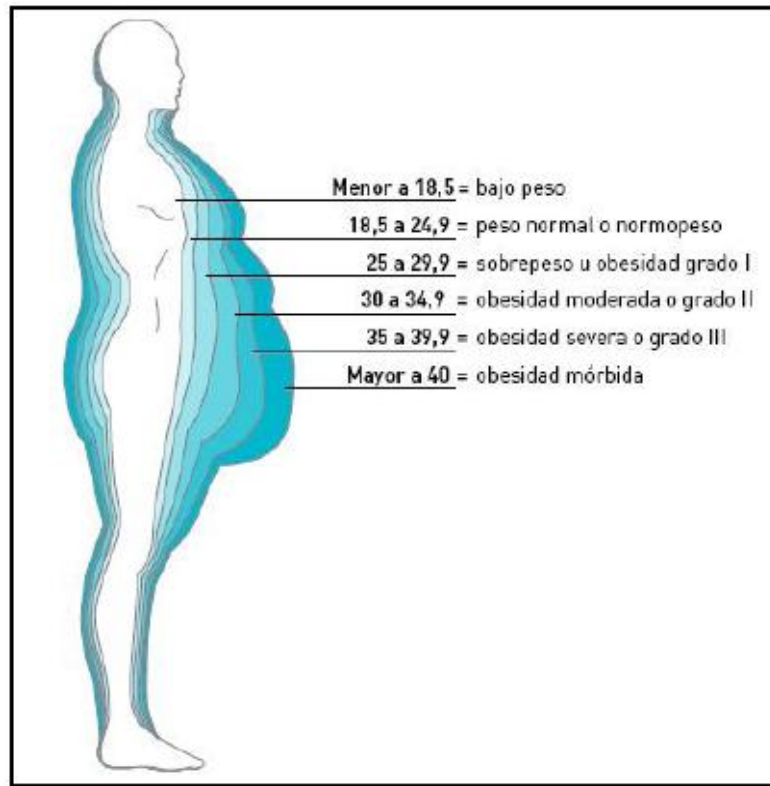


Figura 3. Clasificación del IMC y grados de obesidad (Martínez, 2011).

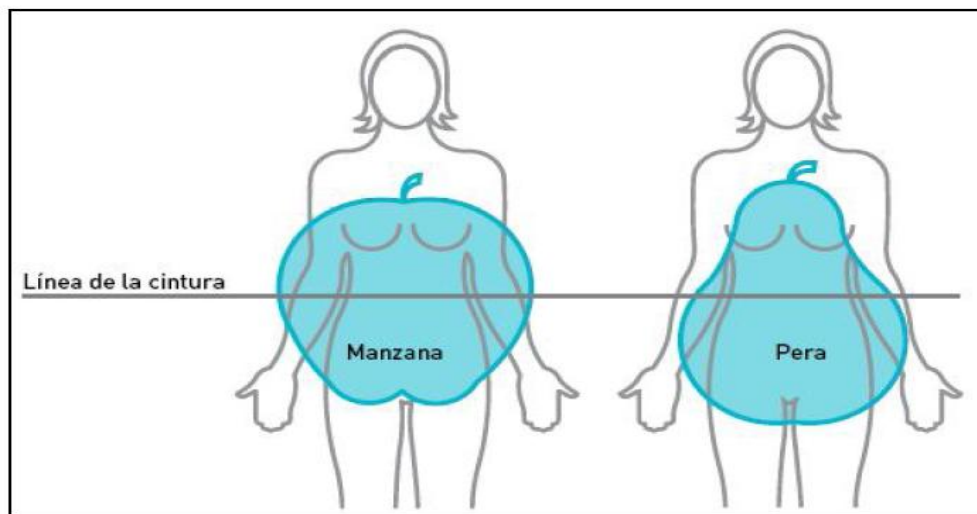


Figura 4. Clasificación de obesidad de acuerdo a la clasificación de grasa (Martínez, 2011)

Otras formas de explicar la obesidad son las propuestas por Bastos y cols. (2005) y Baquera, Campos, Rivera, y Rojas (2010) quienes indican la existencia de obesidad hiperplásica e hipertrófica:

- A) La obesidad hiperplásica se caracteriza por el aumento del número de células adiposas que suelen aparecer durante las etapas de crecimiento. Este aumento es considerado como el responsable de la obesidad infantil y en la adolescencia.
  
- B) La obesidad hipertrófica se explica por el aumento del volumen de los adipositos, aunque el número de adipositos es normal, éstos están cargados de grasa, lo que los hace de mayor tamaño. Se considera que éstos son los responsables de la obesidad en adultos.

Considerando su etiología, Calero (2005) indica que la obesidad puede ser clasificada como primaria y secundaria:

- a) La obesidad primaria representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético prevalencia del 95-99% de los casos.
  
- b) La obesidad secundaria se deriva de determinadas enfermedades que provocan un aumento de grasa corporal o por causa de fármacos (prevalencia del 1-5%).

Por último, Chinchilla (2005) considera la edad en la que se presenta la enfermedad, y la clasifica en obesidad infantil y del adulto:

- A) La obesidad infantil se refiere al 20% del peso por encima de la talla que le corresponde al niño o adolescente.

B) La obesidad del adulto se señala como aquella que se sitúa entre los 20-40 años.

### **2.3 Factores que contribuyen para la presencia de obesidad y el sobrepeso**

Los factores que influyen para la presencia de la obesidad y el sobrepeso, de acuerdo con Méndez y Uribe (2002), pueden integrarse como factores genéticos y factores sociales o del medio. Los primeros actúan a través de mediadores fisiológicos de ingestión y gasto de energía y los segundos a factores contextuales:

#### **1) Factores genéticos.**

Los factores genéticos explican por qué en algunas familias existe la tendencia a ganar peso. Como mencionan Anderson y Wadden (1999 en Bastos y cols., 2005) el peso corporal está sujeto a una determinación genética substancial, respondiendo a una variación aproximada de un tercio en cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC).

La influencia genética puede contribuir en las diferencias de la tasa metabólica en reposo entre individuos, así como en la distribución de grasa corporal y en el aumento de peso en respuesta a la ingesta excesiva de alimentos (Bastos y cols. 2005).

Las bases genéticas de la obesidad según Ávila, Bastarrachea, González, Laviada y Vargas (1997) recientemente se están definiendo y en la actualidad se han identificado más de 20 genes. Su alteración o disfunción han sido identificadas como productores de obesidad, entre ellos se incluyen los genes OB que codifican una hormona denominada leptina (o proteína ob) y los genes que

codifican su receptor (genes db), en donde la leptina se expresa y secreta en el adipocito y al parecer actúa inhibiendo las acciones neurofisiológicas-hipotalámicas de un neurotransmisor intracerebral, el neuropéptido “Y”, cuya acción incrementa el apetito.

Por su parte Méndez y Uribe (2002) explican que hay por lo menos 24 alteraciones mendelianas, donde la obesidad es una característica clínica importante, nueve de estas alteraciones se transmiten como caracteres autosómicos dominantes y cinco están ligados al cromosoma x.

La base genética de la obesidad es compleja ya que en algunos casos se ha identificado el gen causante y se ha constatado su localización cromosómica, pero en algunos casos se han encontrado alteraciones en múltiples genes poligénicas en los que influye de manera muy importante el medio ambiente obesogénico. Es así que la herencia genética tiene un papel importante para el desarrollo de la enfermedad, por lo que es importante considerar que la interacción con el medio ambiente es la que, en última instancia, determinará que una persona sea o no obesa.

Por ejemplo en familias en que el padre o la madre son obesos el 40% de los niños en el hogar también lo son; en familias en que ambos padres son obesos el 70% de los niños seguramente presentarán la enfermedad. Aunque la propuesta de Chinchilla (2003), es que si uno de los padres es obeso la probabilidad de que los hijos lo sean, alcanza un 50%, y ésta proporción se eleva a 80% si ambos padres presentan obesidad.

En este mismo sentido, Ávila y cols. (1997) mencionan que el fenotipo de la obesidad se transmite de padre a hijos de acuerdo con el género. Es así que se establecen por lo menos cuatro grupos fenotípicos según el sitio predominante

de acumulación de grasa: 1. Generalizada, 2. Androide, 3. Visceral y 4. Ginecoide.

Por otro lado, al considerarse el componente biológico, se puede explicar por qué una persona con un porcentaje metabólico bajo no puede quemar la cantidad adecuada de grasas en el cuerpo. Se supone que las personas tenemos entre 30 a 40 billones de células grasas, sin embargo si ingerimos más calorías de las que podemos quemar, la obesidad se hará presente. Las personas obesas tienen tres veces más la cantidad de células grasas que las personas que no lo son (Echegaray, Serrano y Walters, 2007).

## 2) Factores sociales

Los Factores Sociales o del medio, asociados a la obesidad son los patrones de alimentación, los enlaces culturales y el sedentarismo:

- a) Los patrones de alimentación son el conjunto de productos que un individuo, familia o grupos de familias consumen en forma habitual en un promedio estimado de por lo menos una vez a la semana, o bien que dichos productos estén arraigados a las preferencias individuales de manera tal que sean recordados 24 horas después de consumirse.

Para la estructuración de dicho patrón, intervienen factores múltiples a lo largo del tiempo: el entorno físico, la disponibilidad de recursos, las actitudes y valores sociales que se encuentran condicionadas al ingreso y a las posibilidades de gasto. Es así que el patrón alimentario se adapta a un modelo de demanda donde la oferta es aparentemente variada (Torres, 2007).

Lo anterior provoca que haya una “Transición nutricional”, que explica por qué en todo el mundo se han cambiado los alimentos y métodos de preparación tradicionales, para consumir alimentos procesados o producidos industrialmente. Dichos alimentos suelen ser ricos en grasas y calorías y contienen menos fibras y en su lugar tienen oligoelementos, particularmente hierro, yodo y vitamina A. A la par de esta transición nutricional, la presencia de tecnología avanzada y la forma de vida en las metrópolis modernas se han modificado las actividades laborales, de transporte y de recreación, provocando que las personas en todo el mundo lleven una vida menos activa y más sedentaria (Calles, 2008).

Además de considerar los compromisos cotidianos y olvidando el efecto en el organismo, en años recientes se ha analizado la función social de los alimentos, ya que la mayoría de las veces las personas comen para establecer estatus social, para solucionar algún conflicto interpersonal o unirse a un grupo social (Echegaray y cols., 2007 y Secretaria de Salud, 2010).

Aunado a lo anterior Rodríguez y Urquidez, (2007) mencionan que los patrones alimentarios se aprenden principalmente de la familia, pues se ven influenciados por las costumbres, los hábitos, las decisiones personales y estímulos fisiológicos.

Por ejemplo los malos hábitos alimenticios durante la niñez, por el consumo de productos ricos en grasas y carbohidratos, de comida chatarra (frituras, pizzas, hot dogs, etc.), el exceso de refrescos y falta de ejercicio físico, son causa frecuente de obesidad en la adolescencia, y un factor de riesgo para que desarrollen diabetes mellitus tipo II (principalmente entre los diez y los 17 años de edad), enfermedad que antes era exclusiva de los adultos (Rodríguez y Urquidez, 2007).

De igual manera, Cárdenas, Ontiveros y Villaseñor, (2006) mencionan que las emociones y tensiones influyen en nuestra ingestión de alimentos. Por ejemplo cuando las personas están tristes, ansiosas y tensas ingieren mayor cantidad de calorías. Las personas con sobrepeso y obesidad suelen hacer referencia a los alimentos no solo considerando su sabor, si no como algo que les permite bienestar emocional y que no pueden dejar, o bien como algo que les produce sentimientos de culpa o castigo.

Por lo cual es importante identificar las alteraciones de la conducta alimentaria en los pacientes obesos (trastorno compulsivo y nocturno de la conducta alimentaria bulimia nerviosas y trastorno de la conducta no identificado) que pueden contribuir a la causa y al mantenimiento o recaídas de la obesidad y que se relacionan con el alto nivel de ansiedad (Cárdenas y cols., 2006).

Es así que, como señalan Silvestri y Stavile (2005) muchos alimentos poseen, además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional que se asocian con recuerdos positivos o negativos, a personas y situaciones, o etapas de la vida, etc. Este valor simbólico puede aparecer unido a diferentes circunstancias:

- Por el hecho de que ese alimento se produjera de una manera única o especial para la persona.
- Cuando el alimento va unido a la presencia de una persona importante desde el punto de vista de los afectos, o a un estado de ánimo determinado de una figura cercana e importante.
- Cuando su consumo era recibido como premio
- Cuando generalmente era reservado para la persona que tenía status familiar más alto y reconocido (distinción social).

- Cuando haya sido consumido con ocasión del fin de un período de calamidad, desastre, miedo, angustia... (Alimento como alivio).
- Con ocasión del encuentro, de la reunión, gratificante entre otras personas, generalmente familiares, pero también amigos u otras.

Como este simbolismo Silvestri y Stavile (2005) señalan que de los alimentos puede conducir a una valoración más allá del factor alimenticio, por lo que es imprescindible identificar si existen estas asociaciones en la persona obesa que se encuentra en tratamiento, para que no constituya un obstáculo del mismo.

- b) Los enlaces culturales son los factores asociados a la obesidad que explican cómo los “cuerpos” se han convertido en la “infraestructura material” en una sociedad de consumo. Actualmente, los cuerpos obesos son criticados ampliamente, a la par que se ha generado un creciente aumento en los anuncios de alimentos, el efecto de las dietas, una gran variedad de clínicas para tratar problemas de peso, entre otros temas. Por lo anterior, Echegaray y cols. (2007) señalan que el exceso de peso se acompaña de discriminación social a todo nivel: se le recuerda al obeso que vive en una sociedad que odia la gordura.

Calles (2008) señala que seguir los estereotipos de la televisión hace que la gente vaya a los extremos, gente muy obesa que come mucho, o gente muy delgada que vomita también mucho, debido a que en la actualidad la sociedad se ha encargado de formar una idea de consumo cargada más sonido, más definición visual, más idea de posesión y, por supuesto, un “cuerpo” tiene que crear mas espacio para meter todo eso. Dicho de otra manera, como señala Montero (2001), la sociedad crea seres humanos a quien hay que decirles lo que tienen que sentir, comer, hacer, vestir, etc.



Adicionalmente, Bastos y cols. (2005) y Mendoza (2011) indican que la obesidad también se relaciona con el nivel socio-económico de los ciudadanos. Según estos autores el predominio de la obesidad se acentúa en las personas de nivel social bajo debido a que las mujeres que pertenecen a estos estratos sociales no tienen tanto acceso a la información sobre dietas bajas en calorías y sobre la importancia de la actividad física para el control y prevención del sobrepeso, por lo que tienden a consumir productos más baratos, que son los que, en su mayor parte, presentan un alto contenido calórico.

De acuerdo con lo anterior Chinchilla (2003) y Calero (2005) señalan que en países occidentales es mucho más frecuente la obesidad en las clases sociales más desfavorecidas y con menor nivel educativo y hacen hincapié en que la obesidad es mucho más frecuente en países occidentales en los que ha existido un cambio en la dieta con un aumento de la cantidad de grasas ingeridas y una serie de cambios en los hábitos de la población que generan mayores tasas de obesidad.

- c) El sedentarismo es otro de los factores sociales que influyen sobre la obesidad y el sobrepeso. Se refiere también a la participación en comportamientos físicos pasivos tales como ver televisión, trabajar en computadora, etc. (Secretaría de Salud, 2010 y Ávila y Cabello 2009).

De acuerdo Méndez y Uribe (2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como actividad física, cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un incremento del gasto energético en reposo. La actividad física desempeña un papel vital en la regulación del peso corporal y almacenamiento de grasa ante esto

señalan que la actividad física tiene tres componentes principales (Martínez, 2011):

- trabajo ocupacional, son las actividades que se llevan a cabo durante el curso del trabajo.
- actividades en el hogar y otros quehaceres, refiere a las actividades que se llevan a cabo como parte de la vida diaria.
- tiempo de actividad física recreativa actividades que se realizan en el tiempo libre o a discreción del individuo, las actividades se relacionan con base en las necesidades e intereses personales; incluyen ejercicio y deporte.

Actualmente las personas de diversos grupos sociales han limitado la cantidad de actividad física que realizan, lo que conduce al sedentarismo, entendido como la forma de vida con poco movimiento. El sedentarismo, definido como “un estado donde el movimiento corporal es mínimo y el gasto energético se aproxima a la tasa metabólica en reposo”, además de ser el resultado de una serie de elementos que han ido conformando una cultura del “hombre quieto” que tiende a arraigarse en la sociedad, es un factor que ha contribuido a deteriorar la salud de los individuos, sin distinción de género, edad, situación geográfica, clase social, nivel educativo o cultural (Bastos, y cols., 2005 y Martínez, 2011).

El sedentarismo suele verse acompañado por una alimentación inadecuada que en su conjunto, inducen a una reducción de la capacidad de movimiento del individuo, además de que se ha visto impulsado principalmente por la evolución tecnológica que facilita la vida

cotidiana, ante esto Mendivil y Sierra (2004) mencionan algunas de las tecnologías que provocan que el sedentarismo tienda a aumentar:

- En las labores del hogar: con el advenimiento y la proliferación de los electrodomésticos, el esfuerzo físico que demandan las labores caseras se ha disminuido notablemente. La tecnología nos ahorra una gran cantidad de tiempo y nos ayuda a desperdiciar ese mismo tiempo (TV, videojuegos).
- En el transporte: en el pasado el desplazamiento pedestre y la bicicleta eran medios de transporte importantes en la sociedad, ahora los vehículos, ascensores, escaleras eléctricas y controles remotos hacen que se requiera el mínimo de contracción muscular para desplazarse y cumplir una función y que la actividad física de transporte sea casi nula.
- El trabajo-empleo: casi todos los procesos productivos se han mecanizado, de manera que la mayor carga de trabajo es asumida por las máquinas y las personas suelen trabajar sentadas o en posición de pie pero sin realizar desplazamientos

Ávila y cols. (1997) mencionan que la falta de movimiento implica una combustión insuficiente de las calorías ingeridas con la dieta, por lo que a su vez, se almacenarán en forma de tejido graso incrementando la posibilidad de ser obeso, de este modo la inactividad es el factor preponderante ante los problemas de sobrepeso que caracteriza a las sociedades modernas.

Así, la obesidad y el sobrepeso, producto de la vida moderna conducen a varios problemas metabólicos y al incremento de la morbilidad y mortalidad. La evidencia científica muestra que la actividad física regular y de moderada intensidad efectuada durante la mayor parte de la semana, asociada a un plan de alimentación sano en el que disminuya el consumo de calorías y de grasas saturadas, ayuda a controlar el peso, proporciona importantes beneficios a la salud y reduce el riesgo de morbimortalidad derivado de enfermedades metabólicas (Ávila y cols. 1997).

De esta manera, los factores asociados al medio son diferentes y una combinación entre ellos es lo que desencadena la aparición de sobrepeso y obesidad, por lo cual hay que tratar de mantener un equilibrio entre la alimentación, el ejercicio y nuestro entorno social.

## **2.4 Consecuencias de la obesidad y sobrepeso**

La obesidad y sobrepeso provocan diversas afecciones a la salud y por consiguiente a la calidad de vida de las personas. Sus consecuencias pueden relacionarse tanto con la salud física y mental.

En lo que respecta a la salud física, la obesidad y sobrepeso, de acuerdo con Mendivil y Sierra (2004) y Vizcarra (2010) pueden desencadenar numerosas enfermedades crónicas tales como:

- A) Enfermedad Cerebro-Vascular: “La Organización Mundial de la Salud define la ECV como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte” (Arana, Uribe, Muñoz, Salinas y Celis, s/a, pp. 15).

- B) La Diabetes tipo 2, en ella el organismo produce insulina pero no la puede aprovechar; este fenómeno se conoce como “resistencia a la insulina”. El páncreas reacciona produciendo mayor cantidad (hiperinsulinemia), hasta que se agota. Este tipo de diabetes comienza habitualmente en la edad adulta y en el 80% de los casos se acompaña de sobrepeso (Secretaria de Salud 2007). En México esta enfermedad es una de las principales causas de muertes y tiene la más alta tasa de morbilidad en de los hospitales públicos, y se está atendiendo desde varios niveles: la prevención y tratamiento (Chaparro y Herrera 2010).
- C) Cáncer, el exceso de peso está relacionado con por lo menos 15 tipos de cáncer: de esófago, de estómago, colorectal, de hígado, de vesícula, de páncreas, de próstata, de riñón, linfoma No- Hodgkin, mieloma múltiple, leucemia, de mama, de útero (no cervical), de cérvix y cáncer de ovario.
- D) El sobrepeso y la obesidad también incrementan notablemente el riesgo de osteoartritis, (es una enfermedad de las articulaciones que por lo general afecta a personas de mediana y es entendida como el desgaste de articulaciones, junto con el cartílago, el revestimiento de la articulación, los ligamentos y el hueso) especialmente de la cadera y en segundo lugar de la rodilla (Thitinan Srikulmontree, 2012).
- E) A nivel ortopédico, la obesidad puede contribuir a la presencia de pie plano, escoliosis entre otros trastornos.
- F) A nivel dermatológico, contribuye a la presencia de infecciones cutáneas, forunculosis, acantosis nigricans, entre otras.

- G) Aumento del colesterol negativo (LDL y VLDL), triglicéridos y APO B; disminución del colesterol “bueno” HDL y APO AI;
- H) Disminución de la respuesta de la prolactina a los estímulos; elevación de los andrógenos y de la DHEA, descarga de adrenalina prematura; disminución de la globulina transportadora de esteroides sexuales, aumento de la cromatización del estrógeno y de la testosterona; hiperandrogenismo, hirsutismo poliquistosis ovárica y aumento de la progesterona en niñas (Bastos y cols., 2005).

En cuanto a la salud mental, la obesidad puede contribuir a lo que algunos autores han denominado “estigma social”, el cual es considerado un atributo denigrante en contra de las personas, determinado por malformaciones físicas o corpóreas, imperfecciones y estigmas triviales por la pertenencia a un grupo social menospreciado.

La obesidad y el sobrepeso, de acuerdo con diversos autores (Montero, 2001; Calero 2005 y Echeagaray, y cols. 2007), representa en la actualidad un estigma social, que implica que las personas que las padecen puedan no ser aceptadas en algunos empleos bajo la consigna de que “darían una imagen negativa”.

La religión, según Montero (2001) también llega a ser un agente que desvaloriza al obeso pues, para el budismo y para el cristianismo la obesidad es estigmatizante; para el primero representa un castigo por pecados morales cometidos en vidas anteriores; para el cristianismo es una consecuencia de transgresiones contra la voluntad divina.

En lo que respecta a la obesidad infantil también se presenta este estigma debido a que los niños y niñas no desean aumentar de peso porque se les selecciona con menor frecuencia para equipos de deportes, atraen menos al sexo

opuesto, son menos populares, no se les invita con tanta frecuencia a participar de otras actividades de niños y niñas, son más vulnerables y otras personas hieren sus sentimientos fácilmente (Echegaray y cols., 2007).

Por ejemplo en EEUU el sobrepeso y obesidad son vistos como símbolos de una moral carente de autocontrol; discriminación de los centros de estudios más jerarquizados limita el ingreso a estudiantes obesos. Como señalan Mendivil y Sierra (2004), el estigma de ser obeso puede cobrar su cuota a nivel de la salud emocional, siendo las repercusiones psicológicas una consecuencia más de la enfermedad.

---

## 3

# ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PERSONAS OBESAS

Las personas obesas pueden presentar diversas alteraciones emocionales tales como: sentimientos de culpa y vergüenza, como consecuencia de una deficiente imagen corporal y la incapacidad de mantener un peso más adecuado a los valores estéticos vigentes (Calero, 2005). Del mismo modo, el fracaso en los intentos para perder peso puede llevarle a presentar cuadros depresivos y de ansiedad que están relacionados con diversos trastornos de la conducta alimentaria.

Las personas obesas, como han indicado Silvestri y Stavile (2005), hoy en día viven en una sociedad “obeso-fóbica” que los estigmatiza, desencadenando diversas consecuencias que influyen y afectan la calidad de las relaciones interpersonales, el acceso a mejores trabajos, y en ocasiones, a las relaciones de pareja, además de en la propia imagen y la autoestima.

Los obesos, al experimentar sentimientos de desvalorización cotidianos, causados por la presión social, pueden desarrollar una psicopatía que, en términos de lo que proponen Silvestri y Stavile (2005) contribuyen a tener una imagen corporal distorsionada.

### **3.1 Imagen corporal distorsionada**

Tras la 1ª guerra mundial, la idea de “cuerpo bello” fue desarrollándose, especialmente en las culturas occidentales en las que la gordura se ha asociado



con el sinónimo de fealdad. Montero (2001) y Cárdenas y cols. (2006) mencionan que las personas experimentan gran insatisfacción de su imagen corporal debido a que reciben mensajes ambivalentes acerca del cuerpo: el cuerpo es malo y es bueno, hay que castigarlo y hay que cuidarlo, es enemigo y es aliado, es hermoso y es horrible.

La imagen corporal es un constructo psicológico multidimensional que comúnmente se relaciona con el peso. Como representación psicológica subjetiva respecto al tamaño, contorno y forma del cuerpo, la imagen corporal puede llegar a ser sorprendentemente diferente a la apariencia real (Silvestri y Stavile, 2005; Guzmán, Del Castillo y García, 2010 y Martínez, 2011).

Zukerfeld (2005 citado en Cárdenas, y cols., 2006) menciona que la imagen corporal es la representación consciente e inconsciente del cuerpo, que posee tres niveles de registro: forma, contenido y significado.

- La forma o esquema corporal hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales. Se relaciona también con el aspecto físico, la postura, las dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), la ubicación en el espacio y movimiento de la superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos. Algunas personas, pueden presentar distorsión en cuanto al tamaño corporal, lo que les lleva a estar insatisfechas y preocupadas con su apariencia física.
- El contenido se refiere a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cenestésicas, habitualmente conscientes y a las necesidades como los registros de hambre- saciedad, tensión- distensión, calor- frío, etc. Las personas obesas presentan dificultad para percibir, discriminar y nombrar los efectos y los registros de hambre y saciedad, por lo que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso.

- El significado corresponde con el concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares. Considerando que la sociedad actual está preocupada en extremo por la apariencia física, puede influir en las personas obesas, juzgándolas o invitando a hacerlo, como menos atractivas, y carentes de voluntad, lo que lleva a que muchas personas desarrollen imagen corporal negativa. La preocupación estresante y dolorosa por la apariencia, la timidez y vergüenza en situaciones sociales; la incomodidad y angustia son producto de la excesiva importancia a la apariencia.

Aunque la persona obesa presenta un problema de salud que puede llevarle a consecuencias de afección física importante, como ya se ha mencionado, al tener una percepción negativa de sí misma (baja autoestima) no podrán desarrollar un conocimiento claro de lo que les sucede, y las posibilidades para atender su enfermedad y ligar su problema de peso a factores externos, disminuirán. De este modo, una persona obesa puede llegar a creer que el problema tiene su origen en algún lugar, menos en sí mismos (OPS/OMS 2002 y Guzmán, Del Castillo y García, 2009).

Por un lado, cuando una persona obesa no acepta su condición nunca podrá superarla pues tendrá a renunciar a cualquier acción para corregir lo que tanto le afecta (Álvarez, Arrieta, Rangel, Pantoja, Ramírez, Ríos, Ruiz y Yáñez, 2008), por el contrario, al aceptar que la cantidad de calorías (energía) que come es mayor a la que gasta cada día o que es necesario revisar los factores que pueden influir para que no pueda perder peso, es un primer paso para comenzar a resolver su problema (Cárdenas y cols., 2006 y Álvarez, 2006).

Sin embargo en otros casos, la obesidad es la causa y no la consecuencia de los problemas psicológicos y de la autoestima devaluada o ausente. Para algunos enfermos, lograr bajar de peso contribuye a mejorar la autoestima y continuar con el proceso que les permite mejorar su calidad de vida.

### **3.2 Sobrepeso y obesidad ligados al estrés**

La palabra estrés se deriva del inglés “stress” que significa fatiga y es el resultado de la interacción entre las características de la persona y la demanda del medio ambiente; ésta es una respuesta automática que sufre el organismo ante cualquier cambio, externo o interno, que le permite prepararse para enfrentar, las posibles demandas que se generan como consecuencias de la nueva situación (Sandin, 2002 y Ávila y Cabello 2009).

El estrés está asociado a los problemas de salud y a las emociones, de tal manera que genera tanto salud como enfermedad. De acuerdo con Sandin (2002) en este círculo de salud-enfermedad ligado al estrés están presentes:

1. Los estilos de vida, que como ya se ha mencionado, están relacionados con conductas habituales tanto como actitudes y toda una cultura del cuidado de sí mismos.
2. La respuesta emocional que incide sobre las modificaciones psicofisiológicas, principalmente endocrinológicas, que alteran el estado del organismo y especialmente las defensas inmunológicas. La aparición de emociones positivas como la satisfacción, la felicidad o el amor pueden generar manifestaciones psicológicas y resistencia a la aparición de enfermedades. Por el contrario emociones como la ira, el enfado y la

tristeza generan grandes estados emocionales que facilitan la aparición de enfermedades.

3. Los sistemas de creencias son los patrones de pensamiento y las ideologías acerca de la realidad, éstos actúan sobre la persona y generan estados de ánimo particulares, tal es el caso de la hostilidad.

Además, como mencionan Álvarez, Arrieta, Castillo, Rangel, Pantoja, Ramírez, Ríos, Ruiz, y Yáñez (2008) las situaciones de conflicto o de estrés producen descargas de adrenalina y otras sustancias que preparan al individuo para pelear o huir, estas reacciones son costosas cuando se repiten una y otra vez dañan poco a poco las arterias, lesionan diversos tejidos y órganos y lo que en un principio sirvió para defender y proteger a un individuo termina dañándolo o incluso matándolo.

En un estudio hecho por Voznesenkaya y Vien (2002, citados en Cárdenas y cols., 2006) se demostró que el 60% de personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia o “conducta alimentaria emocional” como una forma psicológica de defensa, esto significa que la ingestión de alimentos no se relaciona con la sensación de hambre, si no a un malestar psicológico (aburrimiento, angustia o dificultad para resolver los problemas) la obesidad puede considerarse como la consecuencia de este suceso psicológico y social.

Por otra parte no se puede negar que la autoestima y el estrés están ligados entre sí, al respecto (Álvarez, 2006 y Martínez, 2011) menciona que si las personas poseen una autoestima alta o en parámetros normales, las situaciones de estrés o tensión serán un estímulo que impulsará al individuo a realizar cambios. Se considera que si una persona se siente segura de sí misma procurará acciones que le lleven a superar los problemas, y en caso contrario, con una autoestima negativa o baja, el daño a sí mismo será inminente.

### 3.3 Ansiedad y depresión en personas con obesidad

La ansiedad desde una perspectiva histórica, literaria y fisiológica, ha sido considerada como la respuesta emocional que define al animal humano como persona (Cárdenas y cols., 2006). La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos y acompaña a la persona a lo largo de su vida.

La ansiedad no sólo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes. La mejor forma de reducir la ansiedad es eliminar el peligro que la ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno, subjetivo o inconsciente (Silvestri y Stavile, 2005 y Guzmán y cols. 2010).

La ansiedad social, está específicamente relacionada con la interacción social, es el miedo a la evaluación, a la preocupación y a la aprehensión por lo que otros pueden pensar de ellos y la comida se vuelve la salida más fácil, pues el comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente.

Comer como recurso anti-ansiedad se puede transformar en algo habitual, lo que influirá que con el tiempo se engorde, de esta forma, si la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que a su vez se alivia comiendo (Silvestri y Stavile, 2005 y Cárdenas y cols., 2006).

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer se provoca un aumento de peso (Silvestri y Stavile, 2005).

Silvestre y Stavile (2005) y Hornstein (2006) nos dicen que comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a la depresión en las personas con obesidad o sobrepeso, quienes pueden presentar algunas de las siguientes características, que pueden estar presentes de manera permanente o por algunos meses o años:

- Quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes.
- Pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificantes.
- Insomnio o dificultades para conciliar el sueño.
- Sensación de cansancio, dolores musculares, estreñimiento.
- Incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales.
- Frecuente pérdida del apetito y finalmente de peso. En la depresión atípica, que sucede en el 15 % de los casos de depresión, se presenta aumento de apetito y de peso, al mismo tiempo que hay hipersomnía.
- Bajo nivel de autoestima.
- Irritabilidad, incapacidad para concentrarse.
- Llanto, miedo, angustia, sin situación alguna lo justifique.
- Autorreproches por ser incapaz de salir de esta situación depresiva.
- Sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad.
- Agresividad hacia uno mismo.

- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Poco interés por actividad sexual.
- Y finalmente los deprimidos presentan una visión pesimista de sí mismos y del mundo, así como un sentimiento de impotencia y de fracaso.

### **3.3 Trastornos de sexualidad**

Una de las características de algunos pacientes con obesidad es la percepción del cuerpo como algo impuro; permiten que su peso se incremente a tal grado que pierden la forma del cuerpo, con esto se protegen de distintas amenazas, provocando que junto con los trastornos físicos y psicoafectivos que padecen (tales como depresión, baja autoestima y sentimientos de desvalorización), la vida sexual y de pareja se altere, porque disminuye su deseo sexual y se sienten mal ante sus parejas (Ávila y Cabello 2009).

La población femenina la que es más propensa a limitar su sexualidad, aunque también se presentan algunos casos en que la obesidad provoca problemas sexuales en los varones (Rivera, 2009), quienes, debido a la adiposidad abdominal, seguramente no podrán verse los genitales con facilidad y presenten cierta dificultad ante ciertas posiciones coitales que los lleven, en muchos casos, a cuadros de impotencia. (Spatti, 2009).

Algunos otros problemas que se presentan en los obesos y en su vida sexual activa, tiene que ver con el funcionamiento del corazón, el cual puede verse modificado producto de variables metabólicas (colesterol, triglicéridos altos, diabetes, hipertensión), además de la sobrecarga durante las relaciones sexuales, lo que compromete, en general, todo el sistema circulatorio, además de que la sexualidad puede no ser muy satisfactoria, ya que también el exceso de grasa

corporal impide en muchos casos, que la relación física no sea completa y adecuada (Rivera, 2009 y Spatti, 2009).

Los problemas sexuales provocados por la obesidad se deben principalmente a las limitaciones físicas que genera esta condición, tales como fatiga fácil, cansancio, dificultad para moverse, ocultamiento y difícil acceso a los órganos genitales (Rivera, 2009).

A continuación se presentan algunas otras complicaciones consideradas por Silvestri y Stavile (2005) como variables que están asociadas al sobrepeso y a la obesidad:

1. Insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo. Si bien, el contacto sexual con otra persona puede deparar altos niveles de placer, el deseo frustrado de esta satisfacción ocasiona también mucha insatisfacción, y si esta se mantiene durante largo tiempo se tiende a buscar otra satisfacción que, aunque de manera imperfecta, la compense.

Son muchos los placeres que se pueden exagerar con tal de amortiguar la insatisfacción sexual, uno de ellos es el placer de comer. Muchas personas que utilizan la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional.

2. Miedo a la intimidad con otra persona. Este es un miedo que seguramente afecta más a hombres que a mujeres. Se trata del miedo de depender de alguien, a que ese alguien se convierta en fundamental para la vida, a que conozca lo más íntimo de uno mismo, a que esté tan cerca que lo haga vulnerable. Evitando las relaciones sexuales se pone un tope a la intimidad y en estos casos la obesidad resulta muy útil.



3. Carente deseo por tener relaciones íntimas, afectivas o sexuales con su pareja. Esto se presenta en personas que siguen viviendo con su pareja, pero más en calidad de compañeros de vivienda que como dos personas unida a nivel emocional. En algunos obesos de estructura neurótica, especialmente mujeres, muy susceptibles de ofensa fácil y con baja autoestima, se pueden observar rasgos de seducción, humor lábil, cambiante, con historia de dificultades sexuales de orden genital tales como frigidez, vaginismo, rechazo sexual, aunque ninguno es patognomónico de la obesidad nos refieren una disfunción psíquica.
4. Aparición de la obesidad como respuesta a la pérdida de un ser querido. Suele observarse en algunos obesos que bajan de peso cuando se enamoran y lo recuperan cuando pierden al ser querido (ej. la madre). Estos fenómenos son sufridos pasivamente, es decir quienes lo padecen no buscan ni acentuar ni atenuar su peso corporal en relación con sus experiencias amorosas. Pero poco a poco, toma fuerza en su conciencia la constelación de angustia relacionada con temores y/o situaciones de abandono.
5. Estar obeso como forma de agredir al compañero. En algunas parejas, que se ven envueltas en una lucha en la que cada uno se esfuerza por reducir, empequeñecer, limitar, infravalorar al compañero en un intento por sentirse un poco más seguro, a lo que el otro contesta con iguales formas, la obesidad puede ser una forma más de desagradar al otro, sobre todo si el compañero es de esas personas que dan una especial importancia a la estética y aprecian mucho la apariencia ante los demás.

### 3.4 Trastorno alimentario “Binge Eating”

La existencia de atracones en pacientes obesos fue identificada por primera vez por Stunkard en 1959 y se caracteriza por un deseo compulsivo por la comida que con frecuencia son incontrolables (Guzmán, Del Castillo y García, 2010). El Binge Eating, es un Trastorno Alimentario que se caracteriza por descontrol alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa por lo menos dos veces por semana durante seis meses.

Durante los episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo/desesperación/decepción por no poderse controlar. Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, afectando directamente a la disminuida autoestima (Chinchilla, 2003; Silvestri y Stavile, 2005; Vizcarra, 2010 y Guzmán y cols. 2011).

El Síndrome de Descontrol Alimentario SDA aparece principalmente en personas obesas en tratamiento en un porcentaje mayor a los obesos sin tratamiento, la edad promedio a la que suele presentarse es a los 32 años. El SDA puede estar asociado a las siguientes situaciones psicológicas: depresión, ansiedad, angustia, aburrimiento. Los obesos con SDA ingieren en estos episodios grandes cantidades de comida cuyo valor calórico es más alto al consumido por obesos sin SDA en el mismo periodo. También ingieren más alimentos grasos que proteicos. (Guisado y Vas, 2001; Chinchilla, 2003 y Silvestri y Stavile, 2005).

El peso corporal de aquellos que sufren este trastorno suele ser más elevado que los obesos sin descontrol. Los pacientes con SDA tienen mayor preocupación por el peso y la forma corporal que quienes no tienen el síndrome (Chinchilla, 2003 y

Silvestri y Stavile, 2005). Guisado y Vas (2001) nos señalan que para el tratamiento de este síndrome se necesita asesoría psicológica y en algunos casos tomar medicamentos, con respecto a la asesoría terapia psicológica es posible que sea a largo plazo para que haya una recuperación total. Este tratamiento se debe ver de una forma integral atendiendo tanto aspectos físicos como psicológicos.

## LA JUVENTUD FRENTE A LA OBESIDAD

### 4.1 Índices de obesidad en población de jóvenes

La juventud se conoce como la transición entre dos etapas: la niñez y la adultez asimismo se considera que esta inicia con la capacidad de individuo para reproducir a la especie humana y termina con la asunción plena de las responsabilidades y autoridad del adulto; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha definido a ésta, como el grupo de personas que se encuentran en el rango de edad entre 15 a 24 años, en México se considera joven un individuo con rango de edad entre 12 a 29 años (SEP, 2008).

En México, alrededor del 32.7% de la población son jóvenes, de los cuales el 43.8% estudia, el 5.3% estudia y trabaja y el 22% no estudia ni trabaja. El grupo de edad que presenta mayor número de estudiantes está entre los 12 a 14 años, disminuyendo el número conforme la población envejece hasta llegar a un 6% en individuos entre 25 a 29 años (SEP, 2008 y Secretaria de Salud, 2010).

Por otro lado entorno la salud de los jóvenes, la SEP (2008) afirma que, los riesgos de padecer una enfermedad crónica o una enfermedad por desgaste natural son mínimos. Sin embargo, esto no significa que su salud no pueda estar en riesgo, ya que existen otras enfermedades como son las de transmisión sexual; adicciones (drogas, tabaco, alcohol); algunos tipos de cáncer y anorexia o bulimia, que pueden generar alteraciones importantes que afecten su desempeño físico, enfermedades crónicas y en algunos casos pueden ocasionar la muerte (Figura 5).

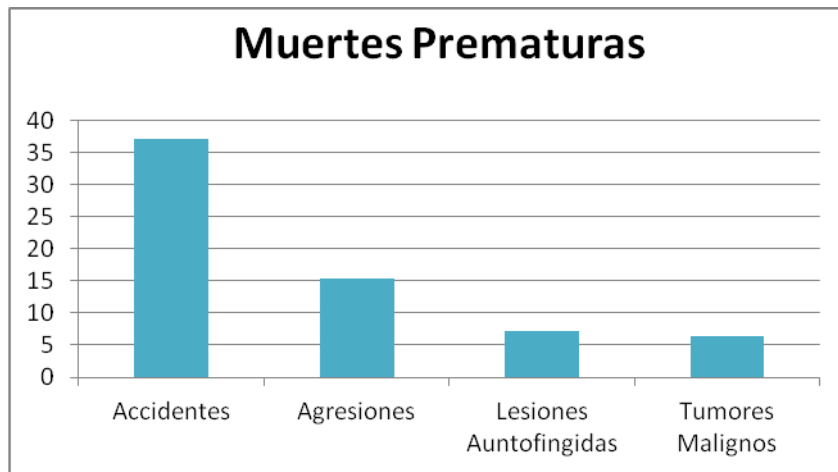


Figura 5. Principales causas de muertes en jóvenes (SEP, 2008)

En la misma línea se encuentran el sobrepeso y obesidad en jóvenes de entre 12 y 19 años, es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, por citar algunas cifras, para los años de 1996 a 2003 en los Estados Unidos el 31% de la población mayor de 15 años tiene obesidad, México ocupa el segundo lugar con un 24%, le siguen Gran Bretaña con un 23% y Rusia y Grecia con un 22%, en Canadá el 14% es obeso, entre otros (Figura 6). Por género las tasas, tanto de sobrepeso como de obesidad son mayores en los varones que en las mujeres (OPS, 2010).

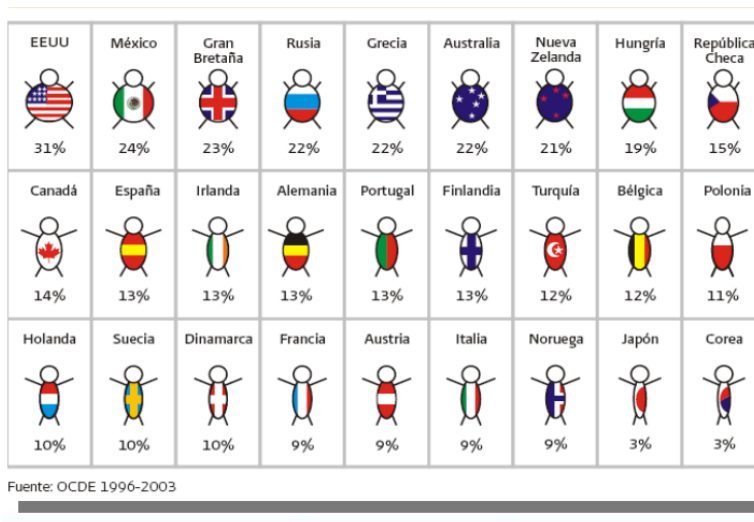


Figura 6. Porcentaje de la población mundial mayor de 15 años con un IMC mayor a 30

Estas enfermedades son más comunes en los entornos rurales los cuales se caracterizan por la dispersión geográfica y la pobreza, debido a lo cual los jóvenes se encuentran en una condición de vulnerabilidad (falta de información, apoyo social, entre otros) situación que genera consecuencias importantes en su salud, como la enfermedades antes mencionadas (SEP, 2008 y Mendoza 2011).

#### **4.2 Factores asociados a la obesidad y sobrepeso de los jóvenes**

Para tener claro el por qué se presenta la obesidad es necesario hablar sobre la alimentación general de los jóvenes. La importancia de una alimentación adecuada para los jóvenes se debe a que constituye la garantía de su apropiado desempeño y maduración física, emocional e intelectual, así como del despliegue óptimo de sus capacidades y habilidades para el mundo productivo (SEP, 2008 y Secretaria de Salud, 2010).

La mala nutrición, que conduce a trastornos como la desnutrición, la obesidad y la anemia, son determinadas por factores biológicos, socioeconómicos y culturales, como el acceso insuficiente a alimentos nutritivos, servicios de salud deficientes, y saneamiento ambiental y cuidado del hogar inadecuados (SEP, 2008 y Secretaria de Salud 2010).

El sobrepeso y la obesidad son los principales problemas en este ámbito debido a la carencia de buenos hábitos alimenticios entre los jóvenes, de los cuales 31.0% presenta sobrepeso. A continuación se presenta una tabla de los alimentos consumidos por la juventud (SEP, 2008 y Guzmán, Del Castillo y García, 2010):

<u>ALIMENTOS</u>	% DE JÓVENES
Fruta	37 de cada 100
Verduras	36 de cada 100
Cereales	26 de cada 100
Lácteos	46 de cada 100
Pan	39 de cada 100
Golosinas saladas	19 de cada 100
Golosinas dulces	21 de cada 100
Tubérculos	18 de cada 100
Refresco todos los días	36 de cada 100

Figura 7. Cantidad de alimentos que consumen los jóvenes al día (SEP, 2008)

Junto con lo anterior, se encuentra la poca actividad física que realizan los jóvenes en México, pues solo el 40% de la población joven realiza algún deporte (una a tres veces por semana) y el porcentaje restante (60%) no practica ningún tipo de actividad física (SEP, 2008 y Martínez, 2011).

La actividad física o deporte es fundamental para reducir enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares (SEP, 2008 y Martínez, 2011).

En México la obesidad es especialmente preocupante por su impacto a edades tempranas, su rapidez, así como su magnitud, esta abarcando a la inmensa mayoría de los mexicanos de todos estratos sociales y económicos (Vizcarra, 2010).

#### **4.2.1 Las creencias de los jóvenes respecto a los problemas de obesidad y sobrepeso**

En cuestión de percepción del estado de salud, el 87% de los consideran que su estado de salud es bueno, el 11% lo considera regular y sólo un 1% lo considera malo o muy malo, estos datos reflejan la percepción que los jóvenes tienen de su salud, razón por la cual toman pocas precauciones, como visitar al médico en el sector de salud aunque tengan acceso al servicio (SEP, 2008).

De manera similar en un estudio realizado por Infiesta (s/a) se encontró que los jóvenes llevan una vida acelerada y con pocas conductas saludables esto debido las actitudes, creencias y valores que tienen de las drogas, el alcohol y la sexualidad, la posibilidad de darse cuenta de las fatales consecuencias que traerán a su vida estas conductas es limitada. Por tal motivo es claro que deben analizarse los aspectos biológicos, económicos, sociales y culturales que se entretajan para diseñar intervenciones integradas.

Situación que se confirma con el estudio a estudiantes de al Fes-Iztacala sobre hábitos saludables que realizaron Ancona, De la Cruz y Rivero (2011) en donde encontraron que aunque los estudiantes de la FES Iztacala, reconocen la importancia de una alimentación y manejan información clara sobre lo que implica esto, muy pocos alumnos aplican sus conocimientos a su estilo de vida, esto según los estudiantes por falta de tiempo.

#### **4.3 Acciones para mejorar la salud de los jóvenes**

Dado que la enfermedad de la obesidad es una de las más preocupantes tanto a nivel mundial como nacional se han generado programas, acuerdos y campañas para fomentar una alimentación saludable y el ejercicio (Sánchez, s/a).



Entre estos programas se encuentra el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia para el Sobrepeso y Obesidad, el cual comenzó por generar un cambio radical en el reglamento de las escuelas, este tuvo el objetivo de reducir la venta de comida chatarra (Sánchez, s/a).

En televisión y radio se dio difusión a una campaña llamada “5 pasos” que promueve la adopción de hábitos saludables de forma sencilla y fácil de recordar. Las cinco recomendaciones son: actíivate; toma agua; come frutas y verduras; mídete y comparte (Sánchez, s/a).

Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) creó el programa PREVENIMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) un similar llamado PREVENISSSTE cuya labor se centra en llevar un control del peso y la talla de los derechohabientes, diagnosticar enfermedades como diabetes e hipertensión y mantenerlas también bajo control (Sánchez, s/a).

Por otro lado la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2008) menciona que cuando se habla de los accesos a servicios de salud, sin importar el rango de edad al que se haga referencia, sólo el 50% de los jóvenes tiene acceso a alguno de los sistemas disponibles, pues el acceso de los jóvenes a los servicios de salud está condicionado por el contexto en el que habitan como las zonas rurales.

## EL PAPEL DEL PSICÓLOGO FRENTE A LOS PROBLEMAS DE OBESIDAD EN LOS JÓVENES

### 5.1 Papel del Psicólogo frente a la obesidad juvenil

Debido a que la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública y ha comenzado a cobrar relevancia en algunos países en vías de desarrollo diferentes áreas de la salud se han enfocado en investigar y prevenir esta enfermedad y hacerle frente, por ejemplo los médicos mantienen constantes investigaciones para prevenir enfermedades crónicas que se desencadenan a raíz del sobrepeso y obesidad (Ortiz, 2007).

Por su parte en la Enfermería se está pretendiendo que implementen estrategias en donde el personal de esta área colabore en el desarrollo de una vida saludable que promueva el consumo de una dieta equilibrada y limite la ingesta de productos grasos, fomentando la actividad física y así de esta manera aumentar la calidad de vida en la población infantil y edades posteriores (Ortiz, 2007).

Otra área que se dedica a la investigación, prevención y a la implementación de soluciones a las problemáticas de la obesidad es el Trabajo Social, solo que esta investigación se hace desde la perspectiva social es decir analizando las sociedades en las que se desarrolla la obesidad (Carrillo, 2009).

En la misma línea se encuentra la Psicología que, es la ciencia que estudia el comportamiento de los organismos individuales en interacción con su ambiente; los procesos mentales de los individuos; los procesos de comunicación desde lo individual a lo social. Es decir, la Psicología es el estudio científico de la conducta

y sobre la forma en que la experiencia de como los seres humanos sienten, piensan, aprenden y conocen, para adaptarse al medio que les rodea (Bunge y Ardila, 2002).

Esta disciplina tiene un campo de estudio muy diverso, pues abarca todos los funcionamientos complejos de la actividad humana a través de diferentes ramas o campos, entre ellos se encuentra la Psicología Social que se interesa por el estudio científico de la influencia de los grupos sobre cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas son influidos por la presencia real, imaginada o implicada de otras personas a partir de la noción de grupo; y la Psicología Social Aplicada (PSA) que es la encargada de investigar los problemas que tienen cada vez más relevancia e interfieren en las relaciones y procesos sociales así como actitudes y conductas que promueven el bienestar (Sánchez, 2002).

La PSA se puede aplicar a diferentes problemas sociales como:

- a) el ciclo de vida (cuestiones como la salud, la socialización, la escuela, el trabajo, etc.); los problemas de conducta desviada (marginación, delincuencia, drogadicción, etc.);
- b) los problemas derivados de la reacción del sistema ante el individuo (que generalmente se produce de forma jurídica);
- c) los problemas derivados del conflicto y la desigualdad social (pobreza, discriminación, etc.);
- d) los problemas derivados del progreso humano y los problemas derivados del sistema político (Clemente, 1993).

Con esto se puede ver que el campo de estudio de la PSA es muy amplio lo cual, hace que esta disciplina tenga la capacidad de desarrollar teorías sobre el

comportamiento y la interacción social a partir del contexto social en el cual este investigando algún problema social.

Con respecto al área de salud, Morales (1997) indican que la PSA aborda “problemas sociales del ciclo vital” en donde se enlistan problemas de salud tales como: variables sociales de personalidad y de salud; cognición social de la salud y de la enfermedad; la interacción profesional de la salud-usuario; e influencias ambientales en la salud-enfermedad.

Dichos problemas los aborda desde un marco general de referencia y partir de un planteamiento teórico psicosocial, debido a que se interesa por el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, del riesgo de enfermar, la condición de enfermedad y la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, a través de un modelo de actividad en donde se incluyen acciones útiles para la promoción de salud, la atención de los enfermos y personas con secuelas, la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben y la prevención de las enfermedades (Morales, 1997).

Respecto a este último punto, Londoño, Valencia y Vinaccia (2006) señalan que el área de prevención los psicólogos deben convertirse en figuras claves en la práctica, investigación y educación que involucren los distintos aspectos asociados a la política pública, las iniciativas de salud rurales, la salud ocupacional, la genética y los avances tecnológicos en la medicina y en la calidad de vida.

De tal modo, se puede decir que el objeto de estudio de la Psicología Social en la salud inicia su búsqueda a través de abordar situaciones que emergen de grupos que generalmente se han considerado en riesgo, es decir se realiza un acercamiento desde lo empírico hacia la definición de campos de acción, como un

preámbulo a la definición de su objeto de estudio, esto a través de tres modalidades del quehacer psicológico:

- a) Realización de trabajos con tintes conductuales. Su énfasis se centra en descubrir estrategias de intervención como tratamientos preventivos.
- b) El producido por un enfoque socio-cultural trabajos encaminados a buscar interpretaciones de la enfermedad que pueden tener una influencia en la utilización o el rechazo de los servicios de salud, o aquellas concepciones que interviene en el uso discriminado de los medicamentos y de la automedicación, así como la actitud hacia los servicios de salud, el papel de la familia también es relevante en la interpretación de los síntomas del enfermo, en la prescripción de determinados tratamientos y en las decisiones de buscar ayuda o no, así como cumplir con el tratamiento; se vinculan las conductas de expresión de síntomas de acuerdo a lo que el grupo social permite o influye.
- c) La teoría socio-cognitiva afirma que los llamados procesos auto-reguladores son componentes críticos y dependen de las creencias, auto-evaluaciones, estándares internos y percepciones del entorno externo, las cuales actúan como mediadores motivacionales de los procesos de cambio de un individuo, desde esta perspectiva las variaciones son producto de elementos interactivos del comportamiento y no son causas del comportamiento (Hernández y Palomino, 2003).

Por lo anterior, es indispensable que toda aplicación de la PSA parta de un planteamiento teórico psicosocial, y cuente con una metodología que se caracteriza por que posee las siguientes fases:

- La 1ª fase preparatoria de la investigación, implica una detenida observación en la realidad de los fenómenos que se pueden estudiar. En esta fase el investigador debe asegurarse de que aquello que va a estudiar es realmente interesante, tiene un impacto social (relevante), y puede ser solucionado desde la PSA.
- 2ª fase- se refiere a atenerse a los típicos cánones de la metodología tradicional. Tratar de evitar en lo posible, que las variables contaminadoras afecten excesivamente los datos, tratar de comprobar la causación de los fenómenos de la manera más inequívoca posible, tratar de medir la variable dependiente de la manera más rigurosa que se pueda en una palabra.
- 3ª fase- se enfoca en conseguir que los resultados no sean específicos de la muestra que se va a utilizar (Clemente, 1993).

De esta manera los psicólogos pueden generar acciones en el área de salud pública como: investigación, ofrecimiento de servicios de apoyo en la enfermedad y el diseño de programas de prevención como base de las políticas públicas en la salud.

Sin embargo los psicólogos enfrentan tres retos para lograr el reconocimiento de sus intervenciones en el campo de la salud pública: traducir los efectos conductuales en implicaciones para la salud, demostrar el costo-efectividad de las intervenciones psicológicas, y ampliar los efectos trabajando con la infraestructura pública (Londoño y cols. 2006).

Por su parte Hernández y Palomino (2003) mencionan que el psicólogo social se debe centrar en:

1. Delimitar un campo de trabajo, por ejemplo poblaciones en riesgo.
2. Tener un objeto de estudio
3. Tener una demanda técnica.

Con estos puntos el psicólogo trabaja para generar programas de prevención a entidades en riesgo.

## **5.2 Programas para a la prevención de sobrepeso y obesidad**

Ante esta situación que se vive tanto en el mundo como en México las grandes instituciones como la OMS y los sectores de salud pública en México se han encargado de generar nuevos programas con el fin de prevenir la obesidad, a continuación de presentan algunas de estas (Alor y Francisco, 2009):

### **A) Asociación “5 al día”**

Fundada en 1987, y tuene como objetivo promover el consumo de frutas y hortalizas entre los adolescentes así como en sus familias, con el lema de consumir por lo menos al día 5 porciones de frutas y hortalizas, pues esta conducta ayuda a mantener la dieta equilibrada (Alor y Francisco, 2009).

### **B) “Sobrepeso, Obesidad; Diabetes e Hipertensión” (SODHI)**

El Instituto mexicano del seguro social (IMSS) junto con el programa “Sobrepeso, Obesidad; Diabetes e Hipertensión” (SODHI), desarrollaron un plan en contra de la obesidad, el cual tiene una duración de nueve meses y cada paciente que

ingresa recibe orientación para cuidar su salud a través de diferentes dinámicas con el propósito de que la persona adquiera conciencia y cuide su salud, cabe mencionar que este programa es nacional y gratuito (Alor y Francisco, 2009).

C) “Vamos por un millón de kilos”

Se creó con el objetivo de invitar a la población para participar en una cruzada nacional para mejorar los hábitos alimenticios y actividades física, de esta manera al igual que el proyecto anterior en México se pretende dar a conocer la importancia de llevar un Estilo de Vida adecuado (Alor y Francisco, 2009).

D) Estrategia para la nutrición, actividad física y la prevención de obesidad:  
Estrategia NAOS

La cual tiene como meta “fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas (Instituto de Sanidad y Consumo s/a, pág. 17)

Estos son tan solo algunos programas que se implementaron para la prevención del sobrepeso y obesidad, cabe mencionar que aún falta mucho como para erradicar esta enfermedad y con constancia cada día más se obtendrán mejores resultados.



---

## 6

# CONCLUSIONES

Después de la revisión de los capítulos anteriores he llegado a las siguientes conclusiones:

La obesidad es una enfermedad que se ha convertido en uno de los problemas de salud pública con más necesidad de atención en el mundo, por lo cual es necesario estar constantemente informado de los cambios que esta va teniendo, a través de constantes estadísticas realizadas como las de la ENSANUT, la OCDE, la OMS, entre otras.

Con los datos que arrojen estas instituciones se puede analizar que tan productivos son los programas actuales o bien, si cada vez se encuentran cifras más alarmantes de la obesidad. Al mismo tiempo puede tener la iniciativa de generar nuevos procedimientos de obtención de datos, para que cada día sean más precisos, este tipo de investigaciones se pueden realizar desde la Psicología Social Aplicada.

Las estadísticas tienen que ser de manera integral, en donde se concentren datos de las personas y sus entorno social, como las condiciones laborales, vivienda, educación, situación económica, relaciones interpersonales, manejo de tiempo libre, ejercicio, acceso a servicios de salud y status social, de esta manera se pueden aplicar programas en donde se atiendan a cada persona de manera integral y de acuerdo a la condición en la que vive.

Como lo proponen la OPS con el programa CARMEN; la Secretaría de Salud con “Promoción de salud: una nueva cultura”, “Programa escuela y salud” y el programa “Entornos y comunidades sociales”

Un ejemplo de lo anterior es crear conciencia a temprana edad, la idea de que la salud es un estado de bienestar completo como lo mencionan la OMS, López (1993) e Higashida, (1995) la salud es un equilibrio físico, mental y social. Esto se puede adquirir a través de la participación de jóvenes en su entorno social en donde tengan la oportunidad de expresar sus necesidades y crear nuevas formas de aprendizaje.

Lo anterior fomentara la esperanza de disminuir las conductas de riesgo para la salud, debido a que los jóvenes obtendrán acceso a información más verídica lo de puede provocar que dejen atrás la creencia de que juventud= salud y dejen de vivir de una manera muy acelerada en donde pocas veces se hacen responsables de sus actos, situaciones que se pueden generar con el apoyo de diferentes profesionales, es decir, un trabajo inter y multidisciplinario (entre ellas la de la psicología) para tener acceso a información de manera integral.

Pues como lo planteó la OMS la salud es un derecho de todos los seres del planeta, por eso hay que trabajar en conservarla y vivir de la mejor manera posible, siempre cuidando nuestro bienestar y la manera en que queremos vivir.

Para ello como lo indican Oberst, Ruiz y Quesada (2006); Vives (2006) y Hernández (2010) se encuentran los estilos de vida, que son los comportamientos que seguimos para mejorar o empeorar nuestra salud y aunque en la actualidad la mayoría de las personas utiliza un estilo de vida inadecuado (p ej. sedentarismo, ingesta de comida chatarra, poco ejercicio); con el apoyo de diferentes medios de comunicación se puede informar a las personas que hay otra manera de vivir, y que es elección de cada persona adoptar un estilo de vida

adecuado y de manera automática se activara el cambio de manera positiva, es decir, se obtiene una calidad de vida positiva. En donde la gente no sólo se sienta si no que también este sana.

Ahora bien diferentes autores como Hernández y cols. (2006); la SEP (2008); Ávila y Cabello (2009) y la OMS dicen que un estilo de vida inadecuado provoca malestares físicos, sociales y psicológicos que provocan (ej. obesidad, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc.), por lo cual hay que cambiar las conductas de riesgo en especial la de los jóvenes que hacen poco por sus estilos de vida por tener la creencia de que a ellos no les pasara alguna de esas enfermedades.

Piensan que este tipo de enfermedades son algo lejano que solo le sucede a la demás gente, nunca a ellos y a sus familias.

Una de estas enfermedades de acuerdo con OPS/OMS (2002); Calero (2005); Chinchilla (2005); Bastos y cols. (2005) y Martínez (2001) es la obesidad la cual se genera por factores genéticos y sociales, y se caracteriza por la cantidad excesiva de peso, lo cual acarrea diferentes consecuencias físicas (diabetes, algunos tipos de cáncer, etc.), sociales (estigmatización, discriminación, burlas, etc.) y psicológicas (baja autoestima, trastornos alimenticios poco amor a si uno mismo), situación que debe ser muy compleja vivirla, lo anterior quiere decir que la persona obesa no solo tiene que cargar con su exceso de peso si no con las criticas sociales y cargar psicológicas que a este le impongan.

Situación que hace que las personas con obesidad, escondan sus sentimientos, emociones y malestares físicos, haciéndose pasar por una persona feliz con su forma de ser con los demás y con la forma en que son tratados por la familia y sociedad.

Por lo cual hay que empezar a generar el movimiento a través de talleres gratuitos para que las personas tengan mayores oportunidades de obtener información correcta; además podrán sentir el cambio a través de la experiencia y no solo de la información. Estos talleres deben contar con estrategias para alimentarse de una manera sana, planes de ejercicio, dinámicas de aceptación y amor propio, etc. Como los planteados por Alor y Francisco (2009): “Asociación 5 al día”, “Sobrepeso, Obesidad; Diabetes e Hipertensión SODHI”, “Vamos por un millón de kilos” y la “Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: Estrategia NAOS”.

Por ejemplo en las escuelas manejar temas de nutrición en donde la principal función sea disminuir el consumo de comida chatarra como el refresco, y se motive a comer frutas y verduras; leguminosas y cereales diariamente, claro en torno a la sociedad proporcionar precios más accesibles a las personas para que sea más fácil su adquisición. Como lo plantea Torres (2007) hay que cambiar el patrón alimentario.

Para complementar como lo expresan Mendivil y Sierra (2004) se debe implementar la actividad física en diferentes ambientes escolar, laboral, familiar y como forma de recreación en los tiempos libres, con el apoyo de las instituciones públicas y privadas; por ejemplo en el hogar se puede hacer ejercicio cuando practican labores domésticas al momento de barrer, sacudir o lavar; en la escuela practicar por lo menos cinco minutos diarios de calentamiento como brincar correr o bailar y en la familia pueden aprovechar los tiempos libres para andar en bicicleta o salir a bailar.

Lo planteado anteriormente debe adecuarse a cada grupo social; por ejemplo entre un grupo indígena y alumnos de universidad, se puede dar la misma información pero con diferentes palabras y diferentes dinámicas, y siempre

atendiendo el mismo objetivo el cual debe estar encaminado a la prevención y atención de la obesidad.

Finalmente se puede decir que aún falta mucho camino por recorrer, pero estos cambios se pueden ir generando en pequeñas comunidades, con el apoyo de profesionales de la salud, que trabajando de manera inter y multidisciplinaria incidan en la promoción de un estilo de vida saludable.

---

## BIBLIOGRAFÍA

Alonso, M. (2005). *La alimentación y la nutrición a través de la historia*. Barcelona: Glosa.

Alor, R. y Francisco, G. (2009). *Obesidad en adolescentes como problema social*. Universidad Veracruzana.

Álvarez, R. (2006). *Obesidad y autoestima*. México, D.F.: Plaza y Valdés S. A de C.V.

Álvarez, R., Arrieta, E., Castillo, F., Rangel, G., Pantoja, J., Ramírez, G., Ríos, B., Ruiz, O. y Yáñez, B. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo Ángeles*, 6(4), 147-153.

Ancona, A., De la Cruz, G. y Rivero, V. (2011). La alimentación en Iztacala. Estudio realizado por alumnos de la Fes Iztacala, UNAM.

Arana, A., Uribe, C., Muñoz, A., Salinas, F. y Celis, J. (s/a). *Enfermedad cerebrovascular*. Asociación colombiana de facultades de medicina.

Arbor, A., El abuso de drogas y el uso de tabaco también son preocupaciones importantes como problemas de salud juvenil, *Prev Chronic Dis* 2010. <http://www.poblaneríasenlínea.com>. Visitado 16/06/2012.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35, 161-164. Bogotá, Colombia.

- Arias, F. (1999). *El proyecto de investigación (guía para su elaboración)*. Caracas, Venezuela: Ediciones Orial.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre Salud y su Relación con las Prácticas de Riesgo y de Protección en Jóvenes Universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Ávila, M. y Cabello, M. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 4(8), 82-104.
- Ávila, H.; Bastarrachea, R.; Gonzales, J.; Laviada, H. y Vargas, L. (1997). *Obesidad: consenso*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Bastos, A.; González, R.; Molinero, O. y Salguero, A. (2005). Obesidad, nutrición y Actividad Física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(18), 40-153.
- Barrón, M. (2005). *Inequidad socio-cultural: Riesgo y Resiliencia*. Argentina: Brujas.
- Baquera, S.; Campos, I.; Rivera, J. y Rojas R. (2010). *Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención*. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (SSA), México.
- Bunge, M. y Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología*. México: Siglo XXI.
- Calero, F. (2005). *Atención sanitaria integral de la obesidad*. Ed. Formación Alcalá.

- Calles, R. (2008). Como se construye el sobrepeso y la obesidad. *Una aproximación al proceso órgano emoción 1*. Ecatepec. Ed. De México: CEAPAC.
- Cárdenas, K.; Ontiveros, C. y Villaseñor, S. (2006). Salud mental y obesidad. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 8(2), 89-90.
- Carrillo, Y. (2009). *Obesidad Infantil en Educación Básica*. Universidad Veracruzana, Minatitlán, Veracruz.
- Chaparro, G. y Herrera, I. (2010). Ambiente y diabetes. *Una aproximación a proceso órgano-emoción I*. Ecatepec. Ed. De México: CEAPAC.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona, España: Masson S. A.
- Chinchilla, A. (2005). *Obesidad y Psiquiatría*. España: Masson S. A.
- Clemente, M. (1993). La dimensión aplicada de la Psicología Social. *Psicothema*, 5, 317-335.
- Confederación (de ámbito estatal) de Consumidores y Usuarios CECU. Prev Chronic Dis 2008, [http:// www.cecuc.org](http://www.cecuc.org) Visitado 14/02/2013.
- De Castro, A., Mebarak, M., Salamanca, M. y Quintero, Q. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112.



- De la Torre, S. y Tejada J. (2007). Estilos de Vida y Aprendizaje Universitario. *Revista Iberoamericana de Educación*, 44, 101-131.
- Echegaray, I.; Serrano, I. y Walters, K. (2007). Obesidad: el reto de su invisibilidad en el siglo XXI. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 8, 82-106.
- Escobar, C. (2008). La iniciativa CARMEN: la respuesta de América Latina ante el problema de las enfermedades crónicas. *Viabetres Voice*, 53, 30-33.
- Escobedo, J., Rodríguez, G., Ramírez, T. y Zurita, B. (2007). Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 49 (2), 132-143.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Prev Chronic Dis 2006. <http://ensanut.insp.mx/> Visitado 2012.
- Foz, M. Historia de la Obesidad. Prev Chronic Dis 2004. <http://fundacionmhm.org> Visitado 14/02/2013.
- Guisado, J. y Vas, F. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón o (binge eating disorder). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 21(77), 23-32.
- Guzmán, R; Del Castillo, A.; García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Obecidad.indd*, 201-218.
- Grupo Multidisciplinario sobre Obesidad de la Academia Nacional de Medicina (2013). *Síntesis ejecutiva del libro Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado*.

- Hernández, H. (2010). *Modelo de creencias de Salud y obesidad. Un estudio de los Adolescentes de la provincia de Guadalajara*. Universidad Alcalá. Alcalá de Henares.
- Hernández, L. y Palomino, L. (2003). Intervención Hospitalaria: Una aproximación desde la Psicología Social de la Salud. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 6(3), 1-14.
- Hernández, M., Olaiz, G., Rivera, J., Rojas, R., Sepúlveda, J., Shamah, T. y Villalpando, S. (2006). Encuesta Nacional de salud y Nutrición. *Instituto Nacional de Salud Publica*, 64-74.
- Higashida, B. (1995). *Educación para la salud*. México, D. F.: Mc Graw- Hill.
- Hornstein, L. (2006). *Las depresiones, afectos y humores del vivir*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Infiesta, J., Bimella, J. y Garrucho, G. (s/a) *Estilos de Vida y Juventud*. México, D.F.: Adaluza.
- Instituto de Sanidad y Consumo (s/a). Estrategia para la nutrición, actividad física y la prevención de obesidad: Estrategia NAOS. España: Coiman S.L.
- Londoño, C., Valencia, S. y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud publica. *Psicología y Salud. Redalyc*, 16(2), 199-205.
- López, M. (1993). *Salud Pública*. México D. F.: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Lumbreras, I. y Moctezuma, M. (2009). Estilos de Vida y Riesgos para la salud en Estudiantes Universitarios: Hallazgos para la prevención. *Revista Digital Universitaria*, 10(2), 1-14.

- Martínez, I. (2011). *Un enfoque psicológico para la prevención del sobrepeso y obesidad*. UNAM: Fes Iztacala.
- Márquez, J. Pinto, L. y Velázquez, J., (2009). Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. *LES. Terapia psicológica*, 28(1), 27-36., Medellín, Colombia.
- Méndez, N. y Uribe, M. (2002). *Obesidad, Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas*, México: El manual moderno S. A. de C. V.
- Mendivil, C. y Sierra, I. (2004). Avances en obesidad. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 52(4), 270-286.
- Mendoza, H. (2011) Los estudios sobre la juventud en México. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 18(52).
- Montero, J. (2001). Obesidad una visión antropológica. *Departamento de humanidades medicas instituto y cátedra de historia de la medicina*. Buenos Aires, Argentina.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Sonora, México: UniSon.
- Namakforoosh, M. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Limusa.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (2010). Diario Oficial de la Federación.

- OCDE, (2012). *Perspectivas OCDE: México, Reformas para el Cambio*. OCDE 50.
- OMS *Organización Mundial de la Salud*. Prev Chronic Dis 2012, 2011, 2007, 2004, 2001, 1964. <http://www.oms.org>. Visitado en 2012 y 2013.
- Oberst, U., Ruiz, J. y Quesada, A. (2006). *Estilos de vida, El sentido y el equilibrio según la Psicología de Alfred Adler*. España: Paidós.
- OPS/OMS, (2002). *Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso u Obesidad*. Chile.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2010). *Estrategia y plan de acción regional adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Washintong D.C.
- Ortiz, A. (2007). Prevalencia de obesidad y actividad física en niños escolares. Universidad Veracruzana, Minatitlán, Veracruz.
- Programa de acción específico (2007-2012). *Entornos y Comunidades Saludables*. Secretaria de Salud. México.
- Programa de acción específico (2007-2012). *Escuela y Salud*. Secretaria de Salud. México.
- Programa de acción específico (2007-2012). *Promoción de la Salud: una nueva cultura* Secretaria de Salud. México.
- Ponte, C. (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. *Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias*, 36, 1-8.

Rivera, A. (2009). Trastornos físicos y psico-afectivos afectan vida sexual de las personas obesas. *Prensa libre*, 1-3.

Rodríguez, A. y Urquídez, R. (2007). Hábitos alimenticios poco saludables en estudiantes universitarios fronterizos. *Revista Universitaria de la Coordinación de Investigación y Posgrado del ICASA*, 147, 1-13.

Sabino, C. (2002); El proceso de investigación. Caracas, Venezuela: Panapo.

Sánchez, A. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: PEARSON EDUCACION S.A.

Sánchez, Y. Programas contra la obesidad en México. *Prev Chronic Dis* s/a. <http://mexico.thebeehive.org./health/healthy-living/cultura-del-ejercicio/programas-contra-la-obesidad-en-mexico>. Visitado 15/03/2013.

Sandin B. (2002). El estrés un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157.

Secretaria de Educación Pública (SEP) (2008). *Perspectiva de la juventud en México*. Instituto Mexicano de la Juventud.

Secretaria de Educación Pública (SEP) (2008). *Programa nacional de juventud instituto mexicano de la juventud*. México.

Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, 1-188. México.

Secretaria de Salud, (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México.

- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). Aspectos Psicológicos de la Obesidad; Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. *Posgrado en Obesidad a Distancia- Universidad Favaloro, Córdoba*, 1-37.
- Souza, M. y Cruz, D. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 53 (6), 17-23.
- Spatti, A. (2009). Disfunción eréctil y obesidad. Sociedad Argentina de Sociedad Humana.
- Thitinan Srikulmontree, (2012). *Osteoarthritis*. American College of Rheumatology.
- Torres, F. (2007). Cambios en el patrón alimentario de la ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Economía*, 38(151), 127-150.
- Vives, I. A. (2007). Estilos de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Revista psicología Científica*, 8, 165-189.
- Vizcarra, I. (2010). *Factores psicológicos, sociales y socioculturales en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad con problemas de salud pública en México*. UNAM, México: D.F.