



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FACTORES PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES QUE
INFLUYEN EN LAS PERSONAS CON OBESIDAD

TESINA

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

PRESENTA

GABRIELA GALINDO COVARRUBIAS

ASESOR: DR. HÉCTOR OCTAVIO SILVA VICTORIA

SINODALES: LIC. MAYARO ORTEGA LUYANDO

LIC. VIOLETA ESPINOSA SIERRA

.....



LOS REYES IZTACALA TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO 2016



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"Comer es una necesidad, saber comer es todo un arte".

- *Rocheffoucauld*

AGRADECIMIENTOS

A mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme las puertas de tan prestigiosa universidad y brindarme una preparación profesional de excelente calidad.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por ser la sede de mi desarrollo académico.

A todos los profesores que a lo largo de la carrera contribuyeron con sus enseñanzas a mi aprendizaje.

A mi director de tesis el Dr. Héctor Octavio Silva Victoria por haber aceptado ser mi director de tesis y brindarme a lo largo de todo este proyecto la claridad y estructura que me hacía falta. Por haber sido parte fundamental en mi proyecto al contribuir con sus consejos, sugerencias y sobre todo con su extensa experiencia para poder presentar un trabajo de calidad.

A la Dra. Mayaro Ortega Luyando por tener toda la disposición de contribuir en este proyecto y compartirme sus conocimientos acerca del tema.

A la Lic. Violeta Espinosa Sierra por haber sido una excelente profesora y por darme la confianza de incorporarla en mi proyecto.

DEDICATORIAS

Dedico este proyecto a mi papá por ser parte de quien soy, gracias a todas sus enseñanzas, consejos y al apoyo que siempre me brindó, por darme la libertad de decidir lo que me hiciera feliz, por ser un ejemplo de tolerancia y respeto. Le dedico este trabajo ya que él se sentiría orgulloso de verme cumplir una meta académica y valorar todo su esfuerzo y la herencia más valiosa que me dejó que fue mi educación.

A mi mamá por darme la vida y por ser parte de mi realización como persona. Por darme su cariño y consejos.

A mis hermanas y hermano por darme cada uno de ellos un ejemplo de vida y por haber estado a mi lado a lo largo de mi crecimiento. Por haber contribuido cada uno a su manera a ser quien soy el día de hoy.

A todas las personas que han sido parte de mi historia, que me han apoyado en mi camino y han creído en mí.

A Dios y a la Vida por darme la oportunidad de cumplir una meta más.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1: LA OBESIDAD Y SUS IMPLICACIONES.....	7
1.1.- ¿Qué es la obesidad?.....	8
1.2.- Causas de la obesidad.....	9
1.3.- Consecuencias de la obesidad en salud.....	13 15
1.4.- La obesidad, un problema social grave.....	
1.5.- Estilo de vida actual /Hábitos alimentarios y su repercusión en los problemas de obesidad.....	16 19
1.6.- La publicidad y su estrecha relación con la obesidad.....	22
1.7.- Estándares sociales y su contraposición con la obesidad: belleza.....	23 26
1.8.- Trabajo y obesidad.....	
CAPÍTULO 2: FACTORES PSICOLÓGICOS ALTERADOS EN LAS PERSONAS CON OBESIDAD.....	27
2.1.- Distorsión de la imagen corporal / Insatisfacción corporal.....	29 31
2.2.- Autoestima y obesidad.....	33
2.3.- Depresión y obesidad.....	44
2.4.- Ansiedad y obesidad.....	47

2.5.- Estrés y obesidad.....	36
2.6.- Alteraciones en la sexualidad en las personas obesidad.....	37
2.7.- El valor simbólico de la comida.....	39
2.8.- Abuso psicológico y social hacia las personas con obesidad.....	41
CAPÍTULO 3: EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.....	
3.1.- Intervención psicológica en casos de obesidad.....	
3.1.1.- El diagnóstico apropiado.....	
3.1.2.- Planificación del tratamiento / Terapia cognitivo-conductual.....	
3.1.3.- Cambio de hábitos.....	
3.1.4.- Técnicas de control de peso.....	
3.1.5.- Reestructuración cognitiva.....	
3.1.6.- Evaluación de la intervención.....	
3.1.7.- Mantenimiento del tratamiento.....	
CAPÍTULO 4: INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN LA OBESIDAD....	
4.1.- Modelos de intervención en la obesidad desde otras disciplinas.....	
4.1.2.- Tratamiento nutricional.....	
4.1.3.- Tratamiento a base de actividad física.....	
4.1.4.- Tratamiento médico-farmacológico.....	
4.1.5.- Tratamiento quirúrgico.....	
4.2.- La importancia de la formación de un equipo multidisciplinario.....	

CONCLUSIONES.....	76
REFERENCIAS.....	83

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación documental cuyo objetivo principal es recopilar información referente a los factores psicológicos y emocionales que influyen en las personas que padecen obesidad. Se realizó una búsqueda de diferentes materiales escritos y multimedia referentes al tema. Los materiales que se utilizaron fueron artículos de investigación empírica, capítulos en libros especializados, libros completamente dedicados al tema, tesis de licenciatura, tesis de maestría, tesis de doctorado, bases de datos oficiales, notas periodísticas y video documentales. Los materiales contaron con características definidas referentes a la relevancia con el tema expuesto y con los contenidos desarrollados en la presente investigación. En el documento se describe qué es la obesidad, cuáles son sus causas, sus consecuencias, y qué implicaciones tiene tanto en aspectos como la salud, lo social, lo cultural y lo económico. Se analizan los factores psicológicos y emocionales que se ven alterados comúnmente, como lo son la autoestima, imagen corporal, depresión, ansiedad y estrés. También se aborda cómo se relaciona la obesidad con ciertas dificultades en la vida sexual de la persona. En la investigación se describe cuál es el papel del psicólogo en el tratamiento de esta problemática desde la perspectiva cognitivo-conductual, en qué consiste el tratamiento y la importancia del mantenimiento del mismo. Se presentan los diferentes tratamientos desde otras disciplinas y en qué consisten. Finalmente se concluye que al ser la obesidad una enfermedad multifactorial lo más recomendable es que se haga una intervención multidisciplinaria para que de esa manera se obtengan mejores resultados y estos sean permanentes. La literatura consultada enfatiza el gran impacto que tienen los factores psicológicos y emocionales en las personas que padecen obesidad y se hace hincapié en indagar más a fondo mediante revisiones más exhaustivas acerca de este tema en futuras investigaciones ya que todavía hay información que se desconoce.

PALABRAS CLAVE: Obesidad, factores psicológicos, tratamiento cognitivo-conductual, intervención multidisciplinaria.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la obesidad se ha convertido en un problema a nivel mundial, pero para tener más claro esta problemática empezamos definiendo qué es la obesidad. Según Méndez & Uribe (2013) *“La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo”*. De la definición anterior podemos resaltar que la obesidad es considerada una enfermedad y por ende debe de ser estudiada y tratada como tal, también nos dice que su origen es multifactorial, lo nos lleva a preguntarnos ¿Cuáles son los factores que dan origen a la obesidad? Además podemos resaltar que la obesidad es una enfermedad prevenible ya que existen muchas intervenciones desde diversas perspectivas que pueden evitar el surgimiento de esta enfermedad.

La obesidad afecta diversos ámbitos como lo es la salud, la economía, la sociedad, entre otros. Este problema ha ido en incremento como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014) *“Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos”*. La obesidad se ha convertido en una epidemia mundial y México no queda exento, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) reveló los siguientes datos *“7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso y de estos la mitad presenta obesidad”*. Como se puede notar la situación es alarmante y es imperante que se aborde de manera eficaz esta problemática.

El tema de la obesidad, como la mayoría de los temas que la psicología estudia, no está definido en realidad por la disciplina tiene un origen social. En estos tiempos la preocupación por este tema por parte de diversas disciplinas científicas, instituciones sanitarias, programas políticos y metas económicas ha crecido enormemente por sus implicaciones en cada una de estas dimensiones. En el caso de la economía la obesidad tiene un precio muy alto debido a todas las consecuencias en la salud que acarrea y los costos que tienen los tratamientos de éstas, las cuales tienen que ser solventadas por el sistema de salud como lo

menciona la revista Proceso (2014) *“Con base en tales cifras, la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) estima que el costo anual de la obesidad en México es de 200 millones de dólares en tratamiento médico para las personas que han tenido complicaciones causadas por este problema de salud”*. En la salud su impacto es igual de serio por todas las enfermedades que deben su origen a la obesidad o están estrechamente relacionadas con ella como lo comenta la OMS (2014) que señala: *“El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, 44 % de la carga de diabetes, 23 % de la carga de cardiopatías isquémicas y entre 7% y 41 % de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.”* Podemos notar lo impactante que son estas cifras y la magnitud del problema.

La obesidad tiene consecuencias graves en diferentes ámbitos, de allí que surja el gran interés de su estudio por parte de diversas áreas, pero, ¿Cómo debe estudiar cada disciplina el tema de la obesidad? ¿Qué aspecto de la obesidad corresponde estudiar a cada disciplina? La respuesta parece simple pero es profunda: en apego a su objeto de estudio. De este modo, no será la misma forma de aproximación al tema que hará un economista -quien probablemente tome en cuenta los factores vinculados a la producción, al consumo, a la oferta, a la demanda, al mercado, a las finanzas- que lo que hará un biólogo o un médico. El problema para el psicólogo es importante e inmediato: ¿Cómo describir la obesidad en términos psicológicos en el panorama de una cantidad enorme de discursos teóricos en la disciplina, todos reclamando su legitimidad? Es decir, no es lo mismo lo que un conductista podría decir del tema de la obesidad, comparado con un humanista. Dependiendo de lo que cada discurso teórico presente como su objeto de estudio se puede elaborar entonces una aproximación al tema de la obesidad.

Así, cuando un tema es estudiado no es tan sencillo ubicarlo exclusivamente en una de las áreas del ejercicio profesional de una disciplina. Al tema de la obesidad le pasa esto: llama la atención de psicólogos que están

trabajando en diversas áreas. Un psicólogo educativo podría estar interesado en el tema por la manera en que aprendemos o enseñamos a otros a comer. Un psicólogo que proporcione terapia de pareja y experto en temas de la sexualidad, podría estar interesado en el tema de la obesidad pero de una forma diferente, preocupado por la manera en que las personas que padecen obesidad gozan del ejercicio sexual y los riesgos que conlleva. Un psicólogo clínico también podría interesarse por el tema pero una forma diferente a las mencionadas anteriormente.

El punto es: el tema no le pertenece exclusivamente a un área de la psicología ni a una teoría en particular. Esto permite entender que haya una gran cantidad de documentos muy diferentes que hablan de la obesidad y todos presentados como textos de psicología. Así que cuando un psicólogo quiere estudiar el tema de la obesidad y acude a su biblioteca para iniciar con su abordaje se enfrenta al problema: ¿Por dónde comenzar? Incluso, tomando en cuenta una sola perspectiva teórica sobre el tema de la obesidad, se terminaría con una enorme cantidad de documentos sobre el escritorio.

Por esa razón, al elaborar este manuscrito fue necesario delimitar desde qué perspectiva teórica en psicología se abordaría el tema de la obesidad: la psicología cognitivo conductual. Esto sin el desprecio o el desconocimiento de los manuscritos elaborados desde otras perspectivas teóricas. De hecho, en algunos puntos del manuscrito será necesario referirse a alguno que otro trabajo que no es de la perspectiva teórica cognitiva-conductual. Es importante tomar en cuenta esta delimitación para la justa valoración de los trabajos que se describirán.

En el presente trabajo se abordará desde qué es la obesidad, cuáles son sus causas y sus consecuencias. Por qué se ha convertido la obesidad en un problema social grave, se analizará el estilo de vida actual y su repercusión en los hábitos alimentarios de las personas, cual es el efecto que tiene la publicidad en los casos de obesidad, cómo es que se da un abuso psicológico y social hacia las personas que padecen obesidad, se verán los estereotipos sociales y cómo se contraponen a la obesidad, de qué manera afecta la obesidad el área laboral de la persona. A continuación se analizarán los factores psicológicos y emocionales que se relacionan con la obesidad, como es la distorsión corporal, insatisfacción

corporal, autoestima, depresión, estrés y ansiedad. Qué dificultades en la sexualidad puede experimentar una persona con obesidad. Se hablará del valor simbólico que tienen muchos alimentos para algunas personas. Más adelante se mostrará cuál es el papel del psicólogo en los casos de obesidad, que tipo de terapia es la más efectiva en los problemas de obesidad y en qué consiste el tratamiento. Por último se describirá la intervención desde otras disciplinas para combatir la obesidad y la importancia de la formación de un equipo multidisciplinario para cada individuo con obesidad.

La obesidad es una enfermedad multifactorial, sus causas son muy diversas y pueden ser varias a la vez en una misma persona. Actualmente los problemas de obesidad se abordan más a menudo desde el área médica o nutricional, dejando de lado los aspectos psicológicos y emocionales que pueden ser causas de la obesidad. Silvestri & Estavile (2005) menciona al respecto: *“No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluida. Por tanto el aspecto psicológico y emocional de la persona debería ser incluido en el abordaje terapéutico, sobre todo considerando la complejidad de esta problemática.”*

En el presente trabajo se analiza y enfatiza el rol de los aspectos psicológicos y emocionales en la obesidad y su tratamiento. No se minimiza ni deja de considerar como determinantes en el desarrollo de la obesidad los factores genéticos, metabólicos, ambientales y sociales que la generan.

Por lo tanto el objetivo de la presente investigación documental es recopilar información referente a los factores psicológicos y emocionales que influyen en las personas que padecen de obesidad. Así como la intervención psicológica y multidisciplinaria de la obesidad.

El presente trabajo será una investigación de tipo documental. Se realizará una recopilación de diferentes tipos de materiales escritos y multimedia referentes al tema. Los materiales serán artículos de investigación empírica, capítulos en

libros especializados, libros completamente dedicados al tema, tesis de licenciatura, tesis de maestría, tesis de doctorado, bases de datos oficiales, notas periodísticas y en video / multimedia. Los materiales contarán con características definidas referentes a la relevancia con el tema expuesto y con los contenidos a desarrollar en la presente investigación. A continuación la primer parte.

CAPÍTULO

1

LA OBESIDAD Y SUS IMPLICACIONES

“Abreviar la cena: prolongar la vida.”

Benjamin Franklin.

1.1.- ¿Qué es la obesidad?

A través del tiempo la obesidad ha sido vista de diferentes maneras, desde un signo de fortaleza, fertilidad, prosperidad, status, buena salud, falta de fuerza de voluntad, pereza, gula, hasta como un trastorno alimentario. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) *“La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, que se caracteriza por acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo, que puede ser perjudicial para la salud”*. La anterior definición es la más aceptada por estar elaborada por una organización mundial, existen otras definiciones que concuerdan con la de la OMS como es el caso de Vázquez, y De Cos (2011) quienes mencionan *“la obesidad según nuestro criterio es un síndrome con un rasgo que la define: el excesivo acumulo de tejido graso”* (p.56).

Ante la definición que sostiene que la obesidad es una enfermedad, algunas personas con obesidad se pueden excusar ante este argumento y de esa manera tratar de evadir la responsabilidad por sus malos hábitos y acciones. Hay que recordar que hay enfermedades que son causadas por agentes patógenos externos y no se puede hacer nada para evitarlo. En el caso de la obesidad, es una enfermedad que en la mayoría de los casos la propia persona la genera con la toma de sus decisiones y acciones. Es importante rescatar de la definición oficial el hecho de que esta enfermedad es prevenible y también en caso de que la persona ya la presente es reversible, dependiendo de los cambios que lleve a cabo la persona que padece obesidad.

Se considera una enfermedad porque no sólo se trata de tener un exceso de cúmulos de grasa en el cuerpo sino todo lo que causa al interior de éste. Todos los procesos del cuerpo van alterando su funcionamiento debido al exceso de grasa y provocan daños a la salud. También surge la posibilidad de desarrollar otras enfermedades.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

La clasificación de la OMS es la siguiente:

Clasificación	IMC kg/m^2	Riesgo
Normal	18.5 – 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 – 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 – 39.9	Severo
Obesidad grado III	Más de 40	Muy severo

Tabla 1. Clasificación del índice de masa corporal, descripción de los diferentes niveles en función del peso y la estatura (OMS 2014).

Ya habiendo definido y clasificado el concepto de obesidad podemos pasar a la parte de las causas que llevan a una persona a padecer obesidad. Las causas son muy diversas y las encontramos en el siguiente apartado.

1.2.- Causas de la obesidad.

Las causas de la obesidad son muy diversas y pueden ser varias a la vez en una sola persona. En la mayoría de los casos es complicado identificar una causa única. La causa más simple de la obesidad es el desequilibrio en la ingesta y gasto de calorías. Se consumen más de las que se gastan. Actualmente las personas consumen alimentos con alto aporte calórico, alimentos altos en grasas, azúcares, harinas refinadas y principalmente todo tipo de comida altamente procesada y carente de nutrientes, lo anterior aunado al poco desgaste calórico que tienen las personas debido a su estilo de vida sedentario, da como resultado

que las personas acumulen grasa y poco a poco vayan de un peso normal al sobrepeso y finalmente a la obesidad.

Pero existe otra causa de por qué se origina la obesidad: los factores genéticos. Desde el punto de vista de Vizcarra (2010) *“Si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica”* (p. 27). En algunos casos sí existe cierta alteración genética en la persona con obesidad, pero ésta no es una causa determinante para el origen de la enfermedad. En general se trata de personas más propensas a desarrollar obesidad si se encuentran con los factores que la fomentan, como puede ser el ambiente, los malos hábitos alimentarios, sedentarismo, entre otros.

En cuanto a los factores ambientales y socioculturales es importante destacar que vivimos en una sociedad que fomenta la obesidad, una “sociedad obesigénica”. El medio en el que se desenvuelve la persona actualmente desde su hogar, lugar de trabajo, escuela, sitios de esparcimiento son ambientes propicios para desarrollar la obesidad, empezando por el sedentarismo que en ellos impera, las actividades de esparcimiento que predominan en el hogar son totalmente pasivas como lo son el ver televisión, el uso desmedido de videojuegos, el acceso a internet, dejando de lado las actividades físicas. Prueba de ello es lo que comentan Unikel, Velázquez & Kaufer-Horwitz (2012) *“ Estudios en niños y jóvenes de la ciudad de México y el estado de Morelos han reportado entre tres y cuatro horas diarias frente a pantallas (tv, internet o videojuegos) y solamente 1.8 horas diarias de actividad física moderada o vigorosa”* (p.17).

El sedentarismo también se ha fomentado debido a los cambios demográficos. Actualmente la mayoría de las personas que viven en el área metropolitana de México utilizan un medio de transporte público o privado y en pocas ocasiones caminan de un punto a otro; lo anterior es debido a que la mancha urbana ha crecido desproporcionadamente de manera horizontal y no verticalmente como es el caso de otras ciudades, lo que facilitaría la movilidad a pie.

En los centros de trabajo pocas veces se incentiva a las actividades físicas en las horas de descanso. Por el contrario, en algunos empleos la persona pasa cerca de ocho horas frente a un monitor. El sedentarismo como causa de la obesidad es reconocido por unanimidad. Para contrarrestar la inactividad se recomienda incrementar la actividad física, ya que de esta manera se aumentará el gasto calórico y por ende la disminución de peso.

Los cambios sociales y culturales han tenido un impacto en el tipo de dieta que consume la población. La industrialización y los procesos de producción a gran escala de los alimentos y bebidas, han hecho que éstos sean cada vez más sintéticos, procesados, con conservadores artificiales, con alto aporte calórico, azúcares y bajo aporte nutricional. Este tipo de productos son de bajo costo y de fácil adquisición, lo cual fomenta su consumo. Estos alimentos se encuentran masificados, es decir, la mayor parte de la población tiene acceso a ellos. Las industrias alimentarias actualmente no se preocupan por nutrir a la población, se preocupan por generar mayor número de ganancias.

Esta es una de las principales causas de la obesidad, ya que si el medio no ofrece una opción saludable de alimentación, difícilmente se conservará en un peso idóneo. Otra de las causas de la obesidad son los factores económicos Unikel, et al. (2012) menciona:

En un análisis sobre los costos por calorías en México con datos de la encuesta nacional de los ingresos y gastos de los hogares (ENIGH), representativo del ámbito nacional, del periodo 1992-2010, Licona y colaboradores encontraron que los patrones del consumo de los hogares en este periodo son diferentes según el nivel de ingreso. Los hogares con menor ingreso toman decisiones de gasto que les permiten consumir una mayor cantidad de calorías a un menor precio. Se observó que era más económico consumir energía en 2010 que en 1992 (p.18).

Normalmente los alimentos más económicos son los que tienen un alto aporte calórico y poco valor nutricional. Como lo es toda la comida procesada, comida rápida, frituras, pastelillos, comida congelada, refrescos, jugos, etc. Por otro lado encontramos los alimentos con un costo más elevado que tienen menor

aporte calórico y mayor valor nutrimental. Como lo es la carne, pescado, pollo, granos enteros, frutas, verduras, etc. Las últimas mencionadas incluso elevan más su valor si son de origen orgánico lo cual las hace más inaccesibles. Esta situación se hace más evidente en las comunidades rurales, las cuales tienen ingresos precarios, poco acceso a alimentos naturales y una invasión de productos chatarra a un bajo costo. Lo que ha ocasionado que cambien su dieta y por consecuencia sean más propensos a padecer obesidad. Lo anterior da como consecuencias que la desnutrición y la obesidad coexistan en una misma persona.

Otro factor que se relaciona con la obesidad son las alteraciones en el sueño, debido a que cuando una persona duerme se segregan ciertas hormonas que son necesarias para la regulación del peso, como es el caso del cortisol, entre otras. Si no se da correctamente este proceso puede haber problemas en el peso de la persona.

La utilización de algunos tipos de fármacos contribuye al aumento de peso. Por ejemplo ciertos anticonceptivos, antipsicóticos, antidepresivos, corticoides, etc. El dejar de fumar también ha sido relacionado con el aumento de peso. La nicotina tiene un factor estimulante del gasto energético. Al dejar de fumar algunas personas presentan altos niveles de ansiedad. La ansiedad muchas veces disminuye con la ingesta desmedida de alimento.

Por último y no menos importante están los factores psicológicos y emocionales. La depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima, distorsión corporal, son algunas causas de la obesidad. En el presente documento se tocarán a fondo cada una de éstas y cómo se relacionan con la obesidad como causas y consecuencias.

A continuación veremos cuáles son las consecuencias que acarrea la obesidad en la salud.

1.3.- Consecuencias de la obesidad en la salud.

Las consecuencias de la obesidad en la salud son muchas y muy diversas. La OMS considera a la obesidad la epidemia del siglo XXI. La OMS (2014) señala que: *"El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, 44 % de la carga de diabetes, 23 % de la carga de cardiopatías isquémicas y entre 7% y 41 % de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad."*

Un gran número de condiciones médicas han sido asociadas con la obesidad. Las consecuencias sobre la salud son el resultado de un incremento de la grasa corporal. El funcionamiento normal de la mayoría de los órganos del cuerpo se ve afectado. Dependiendo de la distribución de la grasa en el cuerpo, existen tres clasificaciones importantes: obesidad androide, obesidad ginoide y obesidad homogénea.

Existe una asociación directa de la obesidad con las principales enfermedades crónicas no transmisibles en México. Enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, así como para algunas formas de cáncer, apnea del sueño, niveles altos de colesterol y de triglicéridos en la sangre se relacionan con la obesidad. Tal como lo dice Campos, Barquera y Aguilar (2012) *"Se ha demostrado que la obesidad produce hipertensión arterial al aumentar la necesidad de mayor vascularización y volumen sanguíneo circulante para irrigar el exceso de tejido adiposo. La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para distintas alteraciones cardiovasculares"* (p. 259).

La diabetes es una de las principales causas de muerte en México, una de las razones que propician el desarrollo de esta enfermedad es el exceso de peso. México ocupa el primer lugar mundial de personas con problemas de obesidad. Campos, et al. (2012) comentan al respecto:

Diversos estudios han demostrado que el aumento en la incidencia de diabetes está relacionado al incremento en la incidencia de obesidad. También, los estudios realizados en pacientes con obesidad y diabetes han demostrado que una reducción en el peso de entre 10% y 20% mejora los niveles de glucemia y la sensibilidad a la insulina. En el caso de los pacientes con diagnóstico reciente de diabetes y con sobrepeso, una reducción 15% a 20% del peso corporal en el primer año después del diagnóstico disminuye el riesgo de mortalidad por las complicaciones de la diabetes (p. 268).

La obesidad en sí misma acarrea graves consecuencias en la salud y pero se ha vuelto una enfermedad que fomenta el origen de otras enfermedades crónicas y que tienen una alta tasa de mortalidad. La obesidad causa un sinnúmero de otros malestares y padecimientos en diferentes órganos y partes del cuerpo.

Por tratarse de una enfermedad prevenible y reversible, se resalta la importancia de programas de salud que se enfoquen en la prevención y tratamiento de la obesidad, lamentablemente las políticas públicas de salud en el país no han sido suficientemente afectivas. La falta de atención al problema de la obesidad ha provocado que se convierta en un serio problema en la sociedad. En el siguiente apartado se analizarán algunas cuestiones importantes sobre este tema.

1.4.- La obesidad, un problema social grave.

Es preocupante que la obesidad se haya convertido en un problema social a nivel mundial, según el diario el país:

La epidemia del sobrepeso y la obesidad avanza sin freno alrededor del mundo y ya afecta a unos 2.100 millones de personas en el planeta, casi un tercio de la población mundial. Así lo atestigua un estudio publicado este jueves en la revista médica *The Lancet*, que alerta de que, entre 1980 y 2013, los índices de obesidad en adultos han pasado del 28,8% al 36,9% en el caso de los hombres y del 29,8% al 38% en el de las mujeres de todo el mundo” (Mouzo, J. 2014).

Al observar estos datos nos podemos dar cuenta que las expectativas no son alentadores ya que este problema ha ido en incremento a través de los años y seguirá así mientras no se tomen medidas drásticas. Debe de haber un consenso a nivel mundial de como atacar este problema.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO por sus siglas en inglés, 2013) en su último informe “The State of Food and Agriculture 2013” basado en estadísticas del 2008, ubicó a México como el país con más obesidad en el mundo. México con un porcentaje de 32.8% de adultos con este problema, arriba de Estados Unidos con un 31.8%. Anteriormente se creía que los países que tenían niveles más altos de obesidad eran los industrializados y con fuertes economías. La obesidad es una enfermedad que afecta a todo tipo de personas sin importar su edad, nivel de ingresos y ubicación geográfica.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) por lo menos un 70% de los mexicanos adultos tienen sobrepeso, y el 32.8% padece obesidad. La obesidad y el sobrepeso son el principal problema de Salud Pública en México. “Según un informe de la OCDE, se estima que el costo anual de la obesidad en México es de 200 millones de dólares en tratamiento médico para las personas que han tenido complicaciones causadas por este problema de salud” (Proceso, 2014).

La obesidad es grave por las consecuencias que tiene en la salud de los individuos y por los costos que esta enfermedad representa para la misma sociedad. La situación se vuelve más preocupante ya que los índices van en aumento. Las acciones que han tomado el gobierno y la sociedad civil no están siendo efectivas o no son suficientes para revertir este grave problema.

A continuación veremos algunos factores que conciernen a cada individuo y al contexto en el que se vive y como estos contribuyen al incremento de la obesidad.

1.5.- Estilo de vida actual / Hábitos alimentarios y su repercusión en los problemas de obesidad.

La sociedad propicia y fomenta la obesidad por medio del estilo de vida actual. Vivimos en una sociedad “obesigénica”, es decir, una sociedad que genera personas con obesidad. El medio ambiente y el estilo de vida están estrechamente relacionado a los hábitos alimentarios. Debido a que actualmente se vive un ritmo acelerado, las personas no tienen el tiempo para preparar sus alimentos. Existe la costumbre de adquirir comida de rápido acceso y lamentablemente la comida que cumple con este requerimiento es la comida procesada, con alto valor calórico, comida chatarra, con calorías vacías, con poco o nulo valor nutrimental. Como lo menciona el documental “Creando Conciencia: La Obesidad en México” (2011).

La apertura comercial ha permitido el ingreso a una gran cantidad de franquicias. Entre 1988 y 1997 la inversión de Estados Unidos en la industria de alimentos en México se incrementó 25 veces y paso de 210 millones de dólares a 5.3 mil millones de dólares. En el año 2005 el 42% del total de las franquicias dedicadas a la comida rápida en México se concentró en tres empresas, McDonald’s, Burger King y Kentucky Fried Chicken. Estas cadenas tuvieron gran auge gracias a sus atractivos precios, rapidez y comodidad en el servicio, cualidades valoradas en un estilo de vida impuesto por el sistema económico que ha fin de elevar la productividad obliga a las personas a emplear cada vez menor tiempo para satisfacer sus necesidades primarias.

En la actualidad las personas comen más rápidamente lo cual ocasiona que se ingiera más alimento del que se necesita. Debido a la rapidez con la cual se ingieren los alimentos se propicia que la señal de saciedad no alcance a llegar al cerebro, hasta que ya estamos más que satisfechos y con una ingesta mayor a la necesaria.

Otro factor característico del estilo de vida y alimentación son el tamaño de las porciones en los restaurantes. Las raciones están estandarizadas, no se adaptan a las necesidades de cada individuo y cada vez estas raciones son más grandes. Se fomenta la mayor ingesta de alimentos y por ende de calorías al instaurar paquetes que por un poco más de dinero se pueden agrandar. El consumidor no puede resistir esta tentadora oferta, cuidadosamente diseñada para que sea de esa manera.

La educación alimentaria y la formación de hábitos se dan en primera instancia en el hogar, pero ésta se ve afectada por diversos factores como lo comenta Arroyo (2010) *“la alimentación es un proceso complejo que se desarrolla en el ambiente familiar; en el inciden varios procesos del macroambiente, como la economía, la industrialización y la comercialización de los alimentos”*. (p.27) Factores como los económicos y de accesibilidad de los alimentos son determinantes básicas. Cuando se decide qué se va a consumir en el hogar, si no se cuenta con el dinero necesario para comprar alimentos con mayor aporte nutricional, simplemente no se compran. Se opta por otra opción más económica que generalmente no es muy nutritiva. En cuanto a la accesibilidad de los alimentos, existen comunidades urbanas y rurales que no tienen alimentos frescos y nutritivos a su alcance, entonces no los consumen. El abanico de alimentos a los cuales muchas familias tienen acceso es muy limitado, lo cual genera que no se tenga una alimentación equilibrada.

El estilo de vida actual para muchas personas es de total autocomplacencia. Como lo menciona el Ing. Simón Sacal Director de International Healthy Snacks (IHS global) *“Es un tema de cultura, de la indulgencia, primero que todo lo demás, antes que pensar que el producto me*

haga bien estoy pensando que el producto me sepa muy bien” (“Razones de peso”, 2012). Las grandes industrias alimenticias toman en cuenta que el consumidor busca satisfacer una necesidad que se base en la imagen, el olor y el sabor de los alimentos, dejando de lado las propiedades nutricionales que contenga. De allí que se esmeren por hacer productos altamente atractivos a los consumidores. Sus productos se basan en gran aporte calórico y mucho sabor. Gracias a la masificación y distribución, estos productos son accesibles a todos y a un bajo costo.

Los hábitos alimenticios que tenga una persona, en primera instancia son aprendidos en el hogar. Es responsabilidad de la familia inculcar una buena cultura alimenticia. Un niño con obesidad incrementa sus probabilidades de ser un adulto con obesidad. Es muy probable que el individuo repita en la adultez los hábitos alimenticios que se le formaron a edad temprana, esto no quita la responsabilidad que tiene cada adulto en su manera de alimentarse.

El sedentarismo predomina en el estilo de vida actual. El incremento y acceso a las nuevas tecnologías como lo son: la televisión, los videojuegos, el uso del internet, han hecho que las personas pasen más de su tiempo libre encerradas en sus casas inmersos horas en estas actividades pasivas, las cuales no requieren un esfuerzo físico. Se ha dejado de lado las actividades al aire libre, como las caminatas, paseos en bicicleta, deportes grupales, entre otras, que eran comunes en la sociedad hace algunos años.

En la sociedad mexicana gran parte de los momentos en los que convivimos y socializamos con otros está presente la comida o incluso es el centro de la convivencia. Las festividades, cumpleaños o simplemente fiestas con familiares o amigos son ocasiones en que la comida juega un papel importante. La comida está fuertemente ligada a nuestra cultura y a la socialización con otros individuos.

La inserción de la mujer en el campo laboral es otro factor característico del estilo de vida actual que tiene una repercusión directa en las formas de alimentación de la familia. Las madres activas profesionalmente, disponen de

poco tiempo para preparar alimentos en casa y recurren a las múltiples opciones que ofrece el mercado alimenticio actual. La comida instantánea, comida congelada, productos altamente procesados, galletas, cereales azucarados, frituras, refrescos, y además, son productos de rápido acceso y preparación.

En el siguiente inciso analizaremos cual es el medio por el cual todos los productos chatarra llegan a las manos del consumidor. La función de las grandes industrias de alimento y su responsabilidad en la salud pública. Cuál es la postura de las instituciones y organizaciones gubernamentales en cuanto a la regulación de la publicidad alimentaria.

1.6.- La publicidad y su estrecha relación con la obesidad.

La publicidad que se muestra en los medios de comunicación juega un papel sumamente importante en el fomento y prevalencia de la obesidad. La sociedad actualmente se encuentra bombardeada por todo tipo de publicidad de productos chatarra. El contrarrestar este ataque constante de estímulos es todo un reto como lo mencionan Rivera, et al. (2012) *“uno de los retos en el diseño y aplicación de políticas públicas de prevención de la obesidad ha sido la falta de armonización entre los intereses de la industria y los objetivos de la salud pública”*. (p.32). la publicidad para las industrias de alimentos y bebidas es un recurso básico para incrementar sus ventas y por ende sus ganancias. La publicidad de alimentos y bebidas chatarra no promueve un ambiente alimenticio saludable. En México existe la ley federal de protección al consumidor (LFPC), que establece principios básicos en las relaciones de consumo. La ley federal de protección al consumidor establece lo siguiente según Rivera, et al. (2012).

Acceso a la información sobre el consumo adecuado, así como la divulgación y protección contra la publicidad engañosa y abusiva. La LFPC establece que el consumidor tiene derecho a la información adecuada y clara sobre los bienes y sobre los riesgos que presentan. De la misma forma la LFPC establece que la publicidad deberá ser veraz y no inducir a un error o a una confusión. Los principios enarbolados por la LFPC no son aplicados en la práctica (p. 20).

El etiquetado de los productos es poco entendible y engañoso. Los productos por ley deben de tener en su etiqueta información que muestre su contenido. En muchos productos chatarra la información nutrimental que se presenta no es el total que contiene el producto. Se tiene que leer muy bien porque muchas veces las cantidades que presentan son por porciones y no por el total del contenido. Un refresco de un litro nos dice que contiene 21 gr. de azúcar y 84 calorías y en letras pequeñas dice que los números anteriores corresponden a una porción de 200ml. Realmente un refresco de cola de un litro contiene 105gr. de azúcar y 420 calorías. El anterior ejemplo nos muestra un etiquetado confuso. El consumidor se queda con los primeros números que observa en la etiqueta, pocas veces se detiene a leer las letras chiquitas y mucho menos a hacer las cuentas de las calóricas totales.

Un claro ejemplo de publicidad engañosa y que no presenta los riesgos que conllevan consumir este producto, son las que presentan las refresqueras.

Una famosa marca de refrescos tiene de eslogan “destapa la felicidad” trasmitiéndole al consumidor que el consumo de este refresco le llevará a ser más feliz. Es muy común que los anuncios televisivos de este refresco presenten gente feliz conviviendo y claro está consumiendo la bebida. En los comerciales de este refresco en cuestión nunca muestran las consecuencias que conlleva consumir en exceso este producto. El consumo en exceso del refresco está relacionado a enfermedades como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras:

México es el consumidor número uno de refrescos a nivel mundial con un promedio de 163 litros al año por persona, un 40% más que E.U. Consumir medio litro de refresco equivale a entre 12 y 15 cucharadas de azúcar. En 2011 FEMSA pagó a the Coca Cola Company cerca de 870 millones de pesos en publicidad. Por cada spot del gobierno de alguna otra dependencia fomentando el ejercicio o la alimentación sana, hay 60 de la industria alimenticia anunciando sus productos. (“Razones de peso”, 2012).

En las campañas de publicidad las empresas gastan cantidades de dinero estratosféricas y lo hacen por que funcionan. La publicidad ha demostrado a través del tiempo su efectividad para que la gente consuma un producto. La publicidad de productos chatarra se encuentran en todos lados, televisión, radio, supermercados, espectaculares, medios de transporte, etc. Las personas están expuestas todo el tiempo a mensajes que los incitan a consumir productos nocivos para la salud. La población más vulnerable a la publicidad son los niños como lo menciona el documental “Creando Conciencia: La Obesidad en México” elaborado por la Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la UNAM (DGDC, 2011): *“Los niños están expuestos a 12700 anuncios anuales de comida chatarra. Muchos de estos comerciales aseguran a los menores que al consumir los productos se volverán mejores, más grandes y más fuertes. La publicidad ofrece regalos motivando a los niños a consumir productos que se anteponen a una dieta sana”*. Las acciones del gobierno hasta ahora no son suficientes para contrarrestar la tendencia de consumo de productos y bebidas con poco o nulo aporte nutrimental.

En 2010 se aprobó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA). El ANSA fue firmado por diferentes secretarías, dependencias de gobierno y por las principales industrias de alimentos y bebidas. El ANSA según Rivera, et al. (2012) es:

Una estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, la cual surge de un profundo análisis del problema de la obesidad en México. El ANSA es una política integral, multisectorial, de multinivel, concertada entre el gobierno y la sociedad civil, incluyendo a la industria, organismos no gubernamentales y la academia. El objetivo general del ANSA es la creación de entornos saludables dirigidos a la prevención de la obesidad en la población mexicana (p.22).

Aunque el ANSA fue aprobado y firmado no se ha aplicado cabalmente. El ANSA ha sido modificado de acuerdo a los intereses de las grandes industrias. El gobierno tiene un acuerdo con las industrias alimenticias de autorregulación. El gobierno se deslinda de su responsabilidad de regular la industria alimenticia.

Existen intereses económicos muy fuertes de parte de las grandes empresas lo cual propicia una omisión a la ley. La aplicación del ANSA implica un gran conflicto de intereses. Lamentablemente los acuerdos y las leyes aunque bien estructuradas y bien intencionadas, se quedan sólo en el papel.

Está claro que la publicidad tiene una gran influencia en la población. Es de suma importancia que el consumidor esté bien informado a la hora de decidir qué tipo de productos va a adquirir. Se tiene que fomentar educación nutricional en la sociedad y la cultura de analizar lo que se está consumiendo. Incentivar la costumbre de leer y entender las tablas nutrimentales de los productos.

Es importante ver cuáles son los valores y estándares sociales actuales en cuando a como nos vemos y nos juzgamos unos a otros y cuál es su influencia en los problemas de obesidad. Posteriormente se hablará específicamente del concepto de belleza.

1.7.- Estándares sociales y su contraposición con la obesidad: La belleza.

En la sociedad actual la belleza es sobreestimada. El concepto de belleza ha tenido muchos cambios a través del tiempo. Arbeláez (2014) comenta *“siempre se ha intentado adaptar el cuerpo al ideal de belleza manifestado por los modelos estéticos típicos de cada sociedad. Muchas mujeres que hoy desean tener una línea ligera y ágil, antiguamente no habrían mostrado vergüenza alguna por su exuberante corpulencia”* (p. 47). La belleza es subjetiva y depende del momento en la historia, la cultura y el medio ambiente que nos rodea. La sociedad determina lo que es bello. La belleza en la actualidad en el caso de las mujeres se inclina más a los cuerpos atléticos, torneados y una tendencia que está aumentando es la de extrema delgadez, que no resulta sana. En los hombres se busca un cuerpo atlético, fuerte y musculoso. El concepto de belleza en la actualidad se contrapone totalmente con la obesidad. Un cuerpo obeso es visto como antiestético y por ende resulta poco atractivo. Vivimos en una sociedad basada en apariencias. Las personas con obesidad no son consideradas bellas.

Las personas obesas son rechazadas y estigmatizadas socialmente. Generalmente las personas buscan una pareja que no tenga sobrepeso u obesidad. Es paradójico que en una sociedad que genera y promueve la obesidad, también sea una sociedad que repele y repudie la obesidad. Los medios de comunicación muestran lo que debe de ser considerado bello y generalmente este estereotipo está fuera del alcance del grueso de la población mexicana.

Ahora se verá cómo la obesidad tiene un gran efecto en el trabajo, desde el desempeño de las personas hasta la interacción social en el mismo.

1.8.- Trabajo y obesidad

Otra área de interacción social que se ve afectada por la obesidad es el trabajo. El sobrepeso y la obesidad pueden limitar las oportunidades de trabajo de una persona. En muchas empresas se cree que una persona con obesidad es lenta, floja y que puede afectar la imagen de la empresa. En una entrevista de selección de personal se toma mucho en cuenta la imagen. En muchos trabajos lamentablemente la apariencia cuenta más que las capacidades y habilidades laborales. Pero no solamente se trata de discriminación laboral, las personas con sobrepeso y obesidad ven afectado su rendimiento laboral por consecuencia de su exceso de peso.

Las personas que padecen obesidad y sobrepeso bajan su rendimiento laboral en 50% e incrementan las probabilidades de ausentismo, lo que provoca además costos en seguridad social. La profesora del Departamento de Estudios Empresariales de la Universidad Iberoamericana expuso que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que los empleados obesos tienen dos veces más probabilidades de ausentarse en el trabajo por complicaciones en la salud (La Jornada, 2014).

Un número considerable de incapacidades, están relacionadas con padecimientos originados por la obesidad, como lo es la diabetes, problemas cardiovasculares, entre muchos otros. Las incapacidades y ausentismos se ven reflejados en pérdidas económicas para las empresas. Lo anterior es otra razón

por la que muchas empresas optan por no contratar personas con sobrepeso y obesidad. Muchas empresas han analizado las ventajas que conlleva tener empleados saludables, con un peso normal y han implementado programas para incentivar a los trabajadores a realizar actividades físicas incluso dentro del trabajo, en las horas de descanso.

Las relaciones interpersonales y la convivencia se ven afectadas por causa de la obesidad. En la actualidad existen ciertos estereotipos sociales de cómo se debe de verse una persona exitosa, trabajadora y comprometida y generalmente estas cualidades no son relacionadas con las personas con sobrepeso y obesidad.

A lo largo de este capítulo se vio que la obesidad es un enfermedad crónica de origen multifactorial, prevenible. Las causas de la obesidad son muy diversas. Una de las principales causas de la obesidad es la sobreingesta de calorías y el poco gasto calórico. El estilo de vida sedentario que predomina en la sociedad es un detonador para la obesidad. La genética puede predisponer a ciertas personas a la obesidad. Ciertas enfermedades tienen como consecuencia el aumento de peso como lo son las endocrinopatías, entre otras. El ambiente en el que se desenvuelve la persona es un factor determinante para el origen de la obesidad ya que muchos contextos sociales son promotores de la obesidad. El cambio de dieta en la población ha dado como consecuencia problemas de obesidad ya que se centra en alimentos de alto valor calórico y poco aporte nutricional. La economía es otra causa que predispone a los individuos a la obesidad. Los alimentos con mayor valor nutricional y de mejor calidad, alimentos no tan procesados, sin conservadores tienen un costo más elevado que la comida chatarra. El estilo de vida acelerado propicia el aumento de peso ya que comen de manera apresurada la comida que tienen al alcance, normalmente comida chatarra.

En el presente capítulo se observaron las consecuencias de la obesidad en la salud. Algunas de las consecuencias son enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, así como para algunas formas de

cáncer, apnea del sueño, niveles altos de colesterol y de triglicéridos en la sangre se relacionan con la obesidad. El funcionamiento normal de la mayoría de los órganos del cuerpo se ve afectado con la obesidad.

También se analizó que la obesidad se ha convertido en un problema social grave, debido a que México ya es número uno a nivel mundial. La obesidad acarrea altos costos a la sociedad. El estilo de vida actual promueve la obesidad. Se ha dado un gran cambio en los hábitos alimenticios y en las prácticas de recreación que están estrechamente relacionadas con la cantidad de actividad física que realiza la persona.

Se analizó el papel que juega la publicidad en el consumo de alimentos y bebidas chatarra. Se vio el gran impacto que tiene la publicidad en la sociedad para que consuma productos carentes de valor nutricional y alto aporte calórico, lo que lleva al desarrollo de la obesidad. Las regulaciones del gobierno no son suficientes. El estado no asume su responsabilidad de regular las industrias alimenticias. Se evidencia el conflicto de intereses a la hora de aplicar las leyes reguladoras de publicidad, venta y distribución de alimentos y bebidas. Existe un favoritismo a las grandes empresas y sus ganancias, dejando de lado la salud pública.

Los estándares sociales de belleza se contraponen a la obesidad. Una persona con obesidad que no encaja con el concepto de belleza es discriminada, estigmatizada y segregada. Por último se vio como el trabajo es otro contexto social que se ve afectado por la obesidad. Desde la selección en un trabajo las personas que padecen obesidad pareciera que son descartadas. El rendimiento laboral de una persona con obesidad está por debajo de lo normal. Una persona con obesidad le cuesta a una empresa más dinero del esperado debido a las constantes faltas e incapacidades.

En el siguiente capítulo se desglosarán los factores psicológicos que se ven alterados cuando una persona padece obesidad. Algunas de las cuestiones

que se analizarán son: Distorsión de la imagen corporal, autoestima y obesidad; ansiedad y obesidad; depresión y obesidad; estrés y obesidad; trastornos de la sexualidad en las personas con obesidad; el valor simbólico de la comida; abuso psicológico y social a las personas con obesidad.

CAPÍTULO
2

FACTORES PSICOLÓGICOS ALTERADOS EN LAS
PERSONAS CON OBESIDAD

“La gordura es crear un bunker alrededor de un alma que teme que le den en la herida que ya tiene”

- *Alejandro Jodorowsky*

2.1.- Distorsión de la imagen corporal / Insatisfacción corporal

Para poder hablar de distorsión de la imagen corporal e insatisfacción corporal debemos empezar por ver que entendemos por imagen corporal. La imagen corporal puede ser vista como la relación del cuerpo de la persona con sus procesos cognitivos, como creencias, valores y actitudes. Otra definición es la de Raich (2004), *“la necesidad de distinguir entre la representación interna del cuerpo y sus sentimientos y actitudes hacia él”*. (p.21). Las personas evalúan sus cuerpos a través de su interacción con el ambiente. Para Silvestri & Estavile (2005) la imagen corporal es *“la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas”*.

La distorsión de la imagen corporal consiste en la percepción alterada de las dimensiones y otras características físicas del cuerpo. La apreciación de la imagen corporal normalmente es subjetiva y con mucha frecuencia no se corresponde con la realidad. La persona crea una imagen de sí misma que es irreal.

Actualmente en la sociedad existe un ideal de delgadez, el cual muchas veces no es ni estético ni saludable. Este estándar de delgadez puede acarrear consecuencias negativas como una excesiva preocupación por el peso y la figura. Talamantes (2010) menciona: *“Diversas investigaciones han informado el papel que juega la insatisfacción por la imagen corporal, tanto en su dimensión perceptiva (sobreestimación) como en su dimensión emocional o afectiva (insatisfacción) en el desarrollo de los trastornos de la alimentación”* (p. 76).

Cuando hablamos de la obesidad, es importante tomar en cuenta éstos dos conceptos fundamentales al referimos a imagen corporal que son: Insatisfacción corporal: grado en que los individuos valoran o desprecian su cuerpo y distorsión de la imagen corporal: imprecisión en la determinación del tamaño corporal. Estos dos conceptos se crean en la persona a partir de la influencia social. Culturalmente la obesidad es vista como algo físicamente desagradable y no

aceptable. Muchas personas con sobrepeso pueden desarrollar una imagen corporal negativa. Guzmán & Lugli (2009) comentan la relación que existe entre las alteraciones de la imagen corporal y la obesidad:

De esta manera, las alteraciones de la imagen corporal promovidas por el estándar ideal delgado (Thompson & Stice, 2001) constituyen un aspecto relevante en el estudio de la obesidad. De hecho, hoy en día se reconoce la relación que existe entre las alteraciones de la imagen corporal y la obesidad. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que las personas obesas suelen reportar mayor insatisfacción con su imagen corporal (Brownell, 1993; Friedman & Brownell, 1995; Friedman, Schwartz & Brownell, 1998; Ross, 1994; Wadden & Stunkard, 1985). Específicamente, en la población de obesos que asisten a tratamiento, la insatisfacción con la imagen corporal es una constante, convirtiéndose en un factor de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos (Fitzgibbon, Stolley & Kirschenbaum, 1993; Milkewicz Annis, Cash & Hrabosky, 2004; Schwartz & Brownell, 2004), lo que resalta la importancia de considerar el estudio de esta variable para una mejor comprensión del fenómeno de la obesidad, especialmente en lo relacionado con la salud mental (p. 39).

Este ideal delgado y su extrema valorización influyen directamente en la sensibilidad que desarrolla el individuo al ser víctima de burlas sobre su peso corporal, convirtiéndose en un factor predisponente para el desarrollo de alteraciones en la imagen corporal. Una persona que padece obesidad normalmente no está satisfecha con su imagen corporal, lo cual le acarrea diversos pensamientos y emociones negativas hacia sí misma.

En el siguiente apartado se hablará de la autoestima y cuál es su relación con la obesidad como causa o consecuencia.

2.2.- Autoestima y obesidad.

Empecemos por definir qué es la autoestima. Pope (1996) mencionan *“la autoestima es definida como el sentido de agrado y autoaceptación que resulta de la evaluación que las personas hacen de sí mismas sobre el atractivo, la competencia y la habilidad para satisfacer sus propias aspiraciones”*. La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.

El grado de autoestima que tenga una persona depende en gran manera de la influencia del ambiente sociocultural que le rodea. Algunos sectores que tienen una repercusión directa en nuestra autoestima son: la familia, los amigos, la pareja, compañeros de trabajo y demás personas con las que nos relacionamos constantemente. Los medios de comunicación suelen fomentar la delgadez como ideal de belleza y requisito para alcanzar el éxito. Nuestro grado de aceptación y amor propio estará sujeto a que tanto nos acercamos al concepto social de belleza. A medida que existe mayor distancia entre el ideal y nosotros, existirá también mayor insatisfacción con la imagen corporal y por lo tanto menor autoestima o amor propio.

Las personas que padecen obesidad generalmente tienen baja autoestima ya que no encajan con lo que dicta la sociedad que es estético, bello, agradable, saludable, exitoso. A las personas con obesidad generalmente se les adjudica características nada positivas como: flojos, faltos de voluntad, descuidados, enfermos, poco disciplinados, glotones, entre otras. Lo antes mencionado hace que se genere un rechazo social y una estigmatización por parte de las personas que rodean al individuo con obesidad como lo comenta Unikel, et al. (2012) *“la estigmatización proviene de la idea de que las personas con obesidad son diferentes en términos de personalidad y conducta, que son poco atractivos, impedidos moral y emocionalmente y con poca fuerza de voluntad. Además existe*

la noción de que las personas obesas son culpables de su obesidad: son obesos porque quieren” (p.196). Los individuos que padecen obesidad son víctimas de discriminación y de constantes burlas, lo cual lleva a la persona con obesidad a disminuir de manera importante su autoestima. Hablando de los sentimientos que experimentan algunas personas con obesidad Cordero (2006) comenta: *“el enfermo obeso vive triste, y su tristeza se ve en la mirada, en la postura, en su actitud hacia los demás. La tristeza puede disfrazarse de euforia o de comicidad, y el obeso puede contar chistes, hacer gracejadas, aun burlarse de sí mismo, pero en el fondo esta triste”* (p. 44). Lo anterior puede describir algunas personas con obesidad pero no es una regla. Existen personas con obesidad que se desenvuelven eficazmente en la sociedad, son extrovertidas, tienen sanas relaciones interpersonales, son alegres y gozan de buena autoestima.

Aunque no es en todos los casos si se ha establecido una relación muy estrecha entre la baja autoestima y la obesidad Unikel, et al. (2012) señala *“entre los problemas documentados, la baja autoestima es particularmente frecuente y en un estudio se encontró baja autoestima en 34% de un grupo de adolescentes, en comparación con 8% de las adolescentes no obesas”* (p. 194). Es interesante notar que la mayoría de las personas con obesidad que desean bajar de peso es por mejorar su apariencia física y no su salud, su deseo de encajar en la sociedad y tener aceptación a su imagen corporal es su motivación.

La baja autoestima puede ser causa y consecuencia de la obesidad. Al padecer obesidad se tiende a bajar la autoestima y las personas que tienen baja autoestima tienden a descuidarse y subir de peso hasta llegar a la obesidad como lo mencionan Díaz y Díaz (2008) *“Esta revisión apoya la relación de la obesidad con la baja autoestima, ya sea como causa o como consecuencia entre ambas”*. Se tiene que revisar cada caso individualmente para analizar si es causa o consecuencia.

Generalmente la baja autoestima afecta más a las mujeres con obesidad que a los hombres con obesidad. Lo anterior puede ser porque la mujer es más susceptible a su apariencia y a su cuerpo. Gran parte de la publicidad que exalta

el físico y el concepto de belleza ideal va más enfocado a las mujeres, lo que genera mayor insatisfacción con su cuerpo al no encajar con el perfil deseado. Más adelante se analizará cómo se relaciona la obesidad con los problemas de depresión.

2.3.- Depresión y obesidad.

El término depresión se ha aplicado a una amplia gama de estados de ánimo que van desde la infelicidad hasta la aflicción normal. La depresión se aplica como sinónimo de tristeza, sin embargo la tristeza no equivale a depresión, ya que no es la única forma de expresar depresión.

Según el manual DSM-5 los criterios para un episodio de depresión mayor son: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer, pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, insomnio o hipersomnias casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, fatiga o pérdida de energía casi cada día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día, pensamientos recurrentes de muerte.

Hay que recordar que existen diferentes grados de depresión y cada persona puede desarrollar la depresión de manera diferente. Es interesante que uno de los criterios para el diagnóstico de la depresión es el cambio en el peso, en este caso el aumento. Algunas personas que presentan depresión tienden a comer de forma descontrolada, buscando llenar un vacío emocional. Las personas que padecen obesidad tienen cierta predisposición a desarrollar patologías como la depresión. Vizcarra (2010) menciona:

Al respecto, Padilla-Téllez, Ruiz y Rodríguez-Orozco (2006) realizaron una investigación con el propósito de conocer si existía una asociación entre obesidad y depresión en una muestra de 105 pacientes adultos que acudían a una Unidad Médica Familiar de la Ciudad de México, encontrando como único índice para estimar la relación de la obesidad con la depresión al IMC mayor a 30 kg/m². Aun cuando la mayor parte de la población estudiada no tenía depresión al momento de la evaluación, la prevalencia de la

depresión en pacientes obesos adultos encontrada en este estudio fue cuatro veces superior a la observada en la población en general de adultos mexicanos (p. 62).

Corroborando la mayor frecuencia de depresión en personas que padecen obesidad Vizcarra (2010) refiere *“por su parte Reynaga (2004) estudio a un grupo de 36 personas obesas de una población abierta encontrando que un 19.7% de la muestra presentaba depresión, un porcentaje mayor al de la población en general”* (p. 62). La obesidad puede ser una condición que predispone el desarrollo de la depresión clínica. Por otra parte la depresión predispone a la obesidad de una manera bidireccional. La obesidad aumenta el riesgo de padecer depresión a largo plazo, mientras que la depresión eleva las probabilidades de desarrollar obesidad. Muchas personas que padecen obesidad no están contentas con su cuerpo lo cual hace que tengan una baja autoestima, debido a que no encajan con el estereotipo social de belleza, en ocasiones sufren de burlas debido a su peso, rechazo y estigmatización, todos estos factores pueden ser detonantes para que la persona se deprima. En ocasiones se da un círculo vicioso donde la comida da un estado de felicidad momentáneo, llena un vacío pero a la larga el refugiarse en la comida acarrea que la persona tenga un indeseado aumento de peso lo cual lleva otra vez a que la persona se deprima. El comer en exceso ciertos alimentos para aliviar el estado depresivo tiene su explicación fisiológica ya que alimentos como el chocolate hacen que el cuerpo libere hormonas como las endorfinas que dan al cuerpo una sensación de bienestar o felicidad, lamentablemente esta sensación es temporal. Lo anterior también sucede con otros alimentos generalmente altos en calorías o carbohidratos, que cuando se abusa de ellos se da el aumento de peso y a la larga la obesidad.

La depresión es muchas veces la causa de las recaídas de las personas que se someten a tratamientos para bajar de peso, ya que tiene episodios donde la persona no siente el deseo de hacer nada, duerme largas horas, tiene pensamientos negativos, lo cual no favorece a la pérdida de peso. Es de suma importancia analizar cada caso en particular y ver si la depresión es la causa de la obesidad o es la consecuencia, del resultado dependerá la forma de abordar el

problema y el tipo de tratamiento. En el próximo apartado se hablará acerca de la ansiedad y su relación con la obesidad.

2.4.- Ansiedad y obesidad.

Muchas personas con obesidad reportan que comen en exceso por ansiedad, pero qué es la ansiedad. Silvestri & Estavile (2005) mencionan:

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. La ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes. Si la reacción de ansiedad es muy intensa la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformará en un peligro agregado. La alarma interna que supone la ansiedad, no debe alcanzar niveles excesivamente elevados, si así lo hiciera hay que reducirla. 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.

La sola acción de comer reduce la ansiedad ya que se da un gasto de energía, esta sensación de tranquilidad dura lo que dura la comida, si ésta conducta es recurrente la persona aumentará de peso de forma paulatina. Así como en el caso de la depresión también en algunas personas se establece un círculo vicioso entre ansiedad y obesidad. La ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador.

Silvestri & Estavile (2005) comentan al respecto:

Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo. Las causas que más frecuente despiertan una ansiedad crónica son:

- Miedo a ser abandonado: A quedar desvalido, desatendido, olvidado por los seres más cercanos e importantes (padres, cónyuge o hijos)

- Miedo a no controlar los propios impulsos agresivos: Ya sea relacionados a determinadas personas, a un pasado violento o a fantasías infantiles de agresión
 - Miedo a no controlar impulsos sexuales: Como tendencias homosexuales o deseos inapropiados.
 - Miedo a perder la estabilidad laboral y económica: Generalmente más frecuente en el sexo masculino debido a la responsabilidad que en el recae.
 - Miedo a la despersonalización: Si bien se encuentra en estados graves de depresión, puede observarse en personas de estado psicológico normal, sometidas a cambios bruscos en su modo de vivir donde el comer en forma exagerada reduce la ansiedad que ello provoca.
 - Miedo a que la vida se deslice por senderos imposibles de controlar: Se observa cuando los acontecimientos que afectan a un apersona supera su capacidad de adaptación.
 - Miedo a no alcanzar metas personales o estándares sociales.
 - Miedo a la repetición de acontecimientos traumáticos.
- 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 (p. 13).

Como acabamos de ver existen muchos miedos que pueden tener las personas y estos miedos los llevan a un estado de ansiedad que la acción de comer y los compuestos de la comida logran disminuir, aunque sea de forma temporal. Muchas veces las personas no son totalmente conscientes de estos miedos, solo experimentan el alivio que les produce el comer. En el tratamiento de la obesidad causada por episodios de ansiedad se busca que la persona identifique cuando está comiendo por ansiedad y que es lo que le produce la ansiedad, de esta manera será más fácil que la persona pueda modificar su conducta alimentaria.

Diversos estudios han constatado la relación que existe entre la ansiedad y la obesidad como lo muestra Tapia (2006).

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la asociación positiva entre obesidad y ansiedad, encontrados en la literatura extranjera y plantean otra importante área a investigar al momento

de enfrentarse por primera vez a pacientes con sobrepeso u obesidad, esta área es la de la salud mental. El grupo estudiado presentó una prevalencia elevada en forma significativa de síntomas de ansiedad, los que se asociaron positivamente tanto en pacientes con sobrepeso y obesidad de ambos sexos. Por lo tanto, este componente ansioso también tiene que ser tomado en cuenta al instante de establecer una posible etiología del sobrepeso y de la obesidad, y en forma tan importante como lo anterior, también tiene que ser considerado al momento de indicar un tratamiento destinado a la disminución del peso corporal y de los demás factores de riesgo cardiovascular presentes. Un adecuado manejo de la sintomatología ansiosa podría permitir una mejor tolerancia, y consecuentemente, mayor adherencia y permanencia al tratamiento destinado a bajar de peso (p. 6).

En el caso de la ansiedad también se dan procesos químicos que se relacionan con la comida como lo reporta Vizcarra (2010) *“Los efectos de la ansiedad sobre la ingesta han sido estudiados sobre la hipótesis de la ingesta emocional, en parte relacionada al efecto farmacológico tranquilizante que existe en el consumo excesivo de hidratos de carbono en la dieta debido al incremento que ejerce en la concentración de serotonina, además de que los alimentos que combinan grasas y azúcar pueden tener un valor hedónico (Gómez- Peresmitré & Ávila, 1998)”* (p. 56).

Son muchas las respuestas positivas que se dan de manera inmediata como lo es el disfrute de los alimentos. La sensación de satisfacción y tranquilidad que da ingerir alimentos altos en calorías. Todos los refuerzos positivos hacen que las conductas alimentarias alteradas se mantengan por largo tiempo. Los resultados negativos de estas conductas se dan más paulatinamente como lo es el aumento de peso, los problemas de salud, el rechazo social por la obesidad, entre otras. Lo anterior es lo que dificulta que la persona sea consciente de las consecuencias que tienen sus decisiones alimentarias.

2.5.- Estrés y obesidad.

El estrés es otro de los factores que está estrechamente relacionado con los problemas de obesidad. El estrés según Corpus (2005) es *“la respuesta a ciertas situaciones que implican demandas fuertes o anormales que exceden la capacidad natural de la persona para enfrentarlas”* (p.41). Es decir ante cualquier estímulo o situación de amenaza que se reciba habrá una respuesta del organismo. En ocasiones el individuo no puede controlar estos estímulos, estas amenazas o estímulos pueden ser reales o imaginarias.

Martínez (2013) hace referencia a como el estrés contribuye a conductas alimentarias alteradas cuando menciona:

En un estudio hecho por Voznesenkaya y Vien (2002) se demostró que el 60% de las personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia o “conducta alimentaria emocional” como forma psicológica de defensa, esto significa que la ingestión de alimentos no se relaciona con la sensación de hambre, sino con un malestar psicológico (aburrimiento, angustia o dificultad para resolver problemas) la obesidad puede considerarse como la consecuencia de este suceso psicológico y social (p. 52).

Para muchas personas la comida representa una válvula de escape para bajar los niveles de estrés, cuando una persona se encuentra ante situaciones que no puede controlar o afrontar la comida funge como un calmante. La comida ha cambiado su función, ya no es ingerida únicamente con fines nutricionales.

Existen diversos estudios que muestran la relación que hay entre el estrés y la obesidad como el que recopila Vizcarra (2010) *“ se realizó en México por Ríos y Osorio (2001) un estudio con mujeres universitarias del Distrito Federal (N=360) en el cual se sugiere que la ausencia de habilidades sociales, específicamente las que se refieren al manejo de emociones y estrés, incrementa la influencia de una imagen corporal negativa y conductas alimentarias anómalas, lo que se relaciona con el desarrollo de la obesidad”* (p. 57). Podemos observar que la falta de habilidades de una persona para controlar el estrés tiene una relación con su actitud ante la comida.

Otra de las razones por las que el estrés está relacionado a la obesidad son las reacciones fisiológicas del cuerpo ante el estrés, éste puede perjudicar glándulas endocrinas y provocar desequilibrios en el metabolismo. Cuando el metabolismo no funciona correctamente se generan diversos problemas entre ellos el aumento de peso. Como hemos analizado el problema de la obesidad es multifactorial, la obesidad de una persona puede tener su origen en un problema metabólico causado por el estrés. Es importante una evaluación médica y psicológica para ver si éste es el caso.

Hoy en día el estilo de vida es sumamente estresante, se vive a prisa. Las personas cuentan con poco tiempo para comer, debido a las exigencias laborales que cada vez son más agobiantes y difíciles de manejar. Las presiones económicas es un tema que estresa constantemente a las personas en la actualidad, muchas personas no saben cómo manejar estos altos niveles de estrés y recurren a una salida rápida como lo es comer. Todos estos estímulos y amenazas tienen una consecuencia en nuestro cuerpo, en nuestra mente y en nuestra conducta alimentaria. El no saber manejar correctamente el estrés en nuestra vida diaria nos predispone a la obesidad. A continuación se hablará de como la obesidad afecta la sexualidad de las personas que la padecen.

2.6.- Alteraciones en la sexualidad de las personas con obesidad.

La sexualidad de una persona puede verse afectada a causa de su obesidad de diversas maneras. Generalmente las personas que padecen obesidad tienen una imagen corporal negativa, lo cual provoca una baja autoestima que se ve reflejada en la relación de pareja, muchas veces al no querer mostrar su cuerpo o intimar con la pareja, debido al rechazo o vergüenza que sienten hacia su cuerpo. Se ha observado que lo anterior es más común en mujeres que en hombres, puede ser porque todavía existe mayor presión social hacia las mujeres para que encajen en el ideal de belleza. El periódico La Jornada (2014) menciona “la satisfacción sexual surge a partir de que el individuo se sienta merecedor, atractivo y positivo con respecto a sí mismo; sin embargo, las

personas con obesidad y sobrepeso, han mostrado alto nivel de estrés, inhibición del deseo, baja autoestima y rechazo a su propio cuerpo”.

Al no tener una vida sexual plena y satisfactoria muchas personas con obesidad compensan esta insatisfacción con la comida, que también les genera un placer, no sexual pero si les da una sensación de bienestar, felicidad. Con las relaciones sexuales se liberan endorfinas así como con algunos alimentos como el chocolate. Silvestri y Stavile (2005) mencionan:

El contacto sexual con otra persona puede deparar altos niveles de placer. El deseo frustrado de esta satisfacción ocasiona también mucha insatisfacción. Si esta insatisfacción 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. Son muchas las personas que utilizan la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional.

No solo la parte psicológica y emocional afecta las relaciones sexuales en las personas con obesidad, también existen complicaciones en la salud y físicas que tienen gran influencia en el desempeño sexual de la persona como lo comenta Riviera (2009):

Algunos problemas que se presentan en los obesos y en su vida sexual activa, tienen 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. Los problemas sexuales provocados por la obesidad se deben principalmente a las limitaciones físicas que genera esta condición, tales como la fatiga fácil, dificultad para moverse, ocultamiento y difícil acceso a los órganos genitales(p.3).

Algunas personas que padecen obesidad pueden no tener conflicto psicológico y emocional a la hora de interactuar sexualmente pero en ocasiones se ven incapacitados físicamente para desenvolverse en esta área, corren el

riesgo de sufrir ataques cardiacos debido al esfuerzo al que someten a su corazón, entre otras afecciones que los limitan en el aspecto sexual.

2.7.- El valor simbólico de la comida.

La comida no solo tienen propiedades nutricionales también tiene un fuerte valor simbólico y emocional, que se construye a partir de nuestra crianza, experiencias en la vida, influencia social y mediática. En nuestro cerebro se da una asociación entre ciertos alimentos y emociones positivas o negativas, también con recuerdos, situaciones o ciertas etapas de la vida. Lo cual genera que la comida tenga un significado singular para cada persona. Existen asociaciones o simbolismos que comparten muchas personas, como los pasteles que representan para la mayoría de las personas felicidad, celebración, unidad. Para muchas personas el chocolate está relacionado con una sensación de felicidad.

Pero hay asociaciones y simbolismos más individuales como las que comentan Silvestri y Estavile (2005):

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; Cuando haya sido consumido con ocasión del fin de un período de calamidad, desastre, miedo, angustia... Por consumirse regularmente con ocasión del encuentro, de la reunión, gratificante entre otras personas, generalmente familiares, pero también amigos u otras (especialmente si las personas a cuyo recuerdo va unido el alimento ya no están al alcance, por fallecimiento o por simple ruptura afectiva. Estos alimentos resultan una mayor tentación en momentos de soledad) (p.19).

Hemos observado que algunas personas no comen por sentir hambre sino por llenar una necesidad emocional. La comida es parte importante de muchas interacciones sociales, muchas personas comen para sentirse parte de un grupo y

cubrir su necesidad de aceptación. En algunos casos la persona tiende a ver la comida como una “amiga” o “compañía” que no las abandonará a la cual recurren por refugio emocional.

Muchos de los alimentos que consumimos tienen un fuerte simbolismo ya que lo que comemos nos remite a un recuerdo o experiencia, esta puede ser buena o mala, por ejemplo. Una persona puede tener aversión o desagrado por cierta verdura debido a una mala experiencia en la niñez como el hecho de que lo hayan obligado a comerla constantemente. El significado que una persona le da a un alimento es subjetivo, depende de muchos factores particulares, por eso nunca se debe de generalizar el significado que tiene cierto alimento, varía de una persona a otra persona.

En el caso de la persona que padecen obesidad y se someten a una dieta para bajar de peso se puede observar que lamentablemente desiertan al poco tiempo, no cumpliendo el objetivo. Lo anterior muchas veces se debe a que se les da dietas muy restrictivas, las cuales les prohíben el consumo de muchos alimentos que para la persona pueden tener un gran valor emocional, por ende la persona no deja de consumirlos. El impacto psicológico que implica el no poder comer un alimento nunca, es muy fuerte y la persona no puede manejarlo adecuadamente. Por ello es importante cada vez que se inicia una intervención alimenticia identificar si la persona con obesidad tienen asociaciones emocionales o simbolismos con algunos alimentos para de esa manera poder diseñar un programa alimenticio que se adapte a sus necesidades tanto emocionales como nutrimentales. Si se toma en cuenta todos los factores que interfieren en la persona las probabilidades de adhesión a un régimen alimenticio a largo plazo son mayores. En el siguiente apartado se analizará que tipo de abusos tanto psicológicos como sociales sufren las personas que padecen obesidad y como afectan estos al individuo.

2.8.- Abuso psicológico y social hacia las personas con obesidad.

Las personas que padecen obesidad son víctimas de diversos abusos tanto psicológicos como a nivel social, por parte de la comunidad en donde se desenvuelven. En ocasiones los trastornos de la personalidad que presenta una persona con obesidad pueden ser consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros. Los medios de comunicación también contribuyen a que existan alteraciones psicológicas en la persona que padece obesidad ya que recuerdan constantemente que para encajar en la sociedad hay que estar delgado, de acuerdo con el estereotipo social de belleza. Lo anterior ocasiona que las personas con obesidad sean rechazadas, blanco de bromas, burlas, faltas de respeto y hasta agresiones físicas.

Socialmente se culpa a la persona con obesidad por considerarlo falto de voluntad “esta así porque quiere”, “no quiere hacer ejercicio”, “no deja de comer” son algunas frases que las personas dicen, que muestran que la persona que tiene obesidad es responsable de su estado. Las actitudes de rechazo y menosprecio tienen una repercusión en la persona con obesidad, reflejándose en una baja autoestima, depresión, culpa, vergüenza, sentimientos de frustración, etc. No hay que dejar de lado que la persona con obesidad tampoco es una víctima de las circunstancias y que también tiene responsabilidad en cuanto a su obesidad. Cordero (2004) refiere:

En los últimos 25 años se han estudiado numerosos grupos de niños y adultos para determinar su percepción del obeso. El prejuicio se ha observado aun en niños de 6 años de edad, quienes describieron a un niño con sobrepeso como perezoso, sucio, estúpido, feo, tramposo y mentiroso. Estudios similares en adultos muestran que estos prefieren a estafadores, consumidores de cocaína, ciegos y rateros antes que a personas obesas como pareja. Esto puede observarse también en algunos profesionales de la salud quienes ven a sus pacientes obesos como faltos de voluntad, feos y torpes. Son tratados irrespetuosamente por el profesional médico tratante (p.90).

Los prejuicios que existen hacia una persona con obesidad están muy arraigados desde la infancia y perduran hasta la edad adulta, definiendo de esta manera la postura que tiene una persona ante esta problemática. Es notable que la obesidad es vista como una característica sumamente desagradable e indeseable en una persona, ya que se le adjudican otros adjetivos negativos que se relacionan con la obesidad. Esta estigmatización tiene un fuerte impacto psicológico en la persona con obesidad.

En la interacción social los prejuicios relativos al peso empiezan a temprana edad con la discriminación y acoso en el ámbito estudiantil. Se observa que hay menor aceptación hacia los estudiantes obesos, comparados con los no obesos, a pesar de que el rendimiento sea semejante en ambos. En el ámbito laboral, algunos empleadores no contratan personas obesas bajo ninguna condición, y otros solo los contratan bajo circunstancias especiales, o en áreas que no tengan contacto con el cliente. Incluso este rechazo se da en un círculo social más cercano, la familia. En muchas familias se relega a la persona con obesidad o es constantemente señalado. Las personas con obesidad se hallan en una sociedad obeso-fóbica que paradójicamente también es promotora de la obesidad. Evidentemente, esta estigmatización tiene consecuencias graves en la conducta, personalidad y habilidades sociales de las persona con obesidad.

Si bien el prejuicio y la discriminación son factores que afectan a la persona con obesidad, no se puede decir que estas son las únicas causas de las alteraciones psicológicas que presentan algunas personas con obesidad. Cada individuo tiene características singulares y reacciona de manera diferente ante diversos factores y circunstancias. El rechazo social en todas sus facetas puede aumentar ciertos conflictos que la persona con obesidad ya tenga. Cada caso donde una persona padezca obesidad deberá ser analizado y tratado de manera individual.

En el presente capítulo se analizaron los factores psicológicos que se encuentran alterados en las personas con obesidad. Se habló de que la imagen

corporal es la representación consiente e inconsciente del propio cuerpo. Como en las personas con obesidad existe una insatisfacción y una distorsión de la imagen corporal, se discutió como la obesidad es vista como algo físicamente desagradable. Muchas personas con sobrepeso pueden desarrollar una imagen corporal negativa.

En este capítulo se definió que la autoestima es el agrado y autoaceptación que resulta de la evaluación que las personas hacen de sí mismas sobre el atractivo, la competencia y la habilidad para satisfacer sus propias aspiraciones. Se analizó como el grado de autoestima que tenga una persona depende en gran manera de la influencia del ambiente sociocultural que le rodea. Las personas que padecen obesidad generalmente tienen baja autoestima ya que no encajan con lo que dicta la sociedad que es estético, bello, agradable, saludable, exitoso. También se mencionó cómo la baja autoestima puede ser causa y consecuencia de la obesidad.

Se habló de la depresión y cómo se relaciona con la obesidad. Dado que las personas con obesidad no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, frecuentemente se aíslan del contacto social, les cuesta trabajo establecer relaciones interpersonales por temor al rechazo. Se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la depresión y a la vez fomenta el problema de obesidad que es lo que en alguna medida le causa la depresión. También se habló de que el comer ciertos alimentos altos en grasas y carbohidratos pueden disminuir los síntomas de la depresión. Estos alimentos tienen en su composición química elementos que aumentan los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología.

En el presente capítulo se analizó el papel que juega la ansiedad en los problemas de obesidad. Se observó que la ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. Se encontró cómo diversos estudios relacionan el comer con la disminución de la ansiedad.

Se analizó cómo el estrés es otro de los factores que está estrechamente relacionado con los problemas de obesidad. Se observó como algunas personas no comen por la sensación de hambre sino para enfrentar los episodios de mucho estrés ya que la comida calma al menos temporalmente.

Se describieron algunas alteraciones en la sexualidad que están relacionadas con la obesidad. La obesidad afecta la vida sexual de las personas que la padecen ya que tienden evitarla por vergüenza de su cuerpo, baja autoestima, miedo al rechazo, etc. En el aspecto físico y de salud la obesidad afecta el desempeño sexual. Algunos hombres con obesidad son más propensos a padecer disfunción eréctil.

Se analizó el valor simbólico que tienen los alimentos. Muchos alimentos poseen además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional. El significado o lo que representa cierto alimento depende de cada persona, no se puede generalizar. Muchas personas no comen por la sensación de hambre sino por lo que representa cierto alimento y la emoción que les produce cuando lo ingieren.

Por último se habló de los abusos psicológicos y sociales de los que son víctimas las personas con obesidad. Las personas con obesidad son discriminadas, estigmatizadas, relegadas, señaladas, etc. La obesidad está asociada con estereotipos negativos, existen muchos prejuicios ante las personas con obesidad. La persona con obesidad no recibe el mismo trato ni las oportunidades que una persona con un peso normal, esto en diferentes contextos como el educativo, laboral, familiar. Lamentablemente esta sociedad rechaza a las personas con obesidad pero paradójicamente esta misma sociedad es la que genera y promueve la obesidad.

En el siguiente capítulo se hablará del papel que tiene el psicólogo en el tratamiento de la obesidad. En qué consiste la intervención del psicólogo en los problemas de obesidad. A continuación se describirán las etapas del diagnóstico, planificación del tratamiento, técnicas de control de peso, cambio de hábitos, reestructuración cognitiva, evaluación de los logros de la intervención, seguimiento

a mediano y largo plazo. Por último se analizará la motivación de la persona con obesidad y cómo influye en su nivel de compromiso y mantenimiento.

CAPÍTULO

3

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LA
OBESIDAD

*“Que la comida sea tu alimento y el alimento tu medicina.”
- Hipócrates*

3.1.- Intervención psicológica en casos de obesidad.

La intervención del psicólogo en los problemas de obesidad es prioritario ya que muchas veces el origen de la obesidad se encuentra en factores psicológicos. La obesidad debe de tratarse de forma integral y un área importante en este proceso para lograr la pérdida de peso es el tratamiento psicológico. La intervención del psicólogo se ha ido incorporando en los tratamientos para a disminución de peso, el psicólogo en conjunto con otros especialistas como son los médicos, nutriólogos, entrenadores, entre otros, permite que exista un cambio real y duradero en el estilo de vida de la persona. La secretaria de salud (2010) menciona *“de acuerdo a la NOM 008-SSA-1 el tratamiento psicológico es muy importante, y debe incluir la valoración y el apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias, así como problemas psicológicos, familiares y sociales relacionados”*.

El tratamiento psicológico incluye desde el diagnóstico, planificación del tratamiento, evaluación de los resultados, seguimiento y mantenimiento del programa. El apoyo que el psicólogo brinda incluye técnicas para el control de peso, cambio de hábitos, reestructuración cognitiva, intervención en psicopatologías relacionadas con la obesidad. El psicólogo tiene como objetivo que la persona que padece obesidad cambie su conducta alimentaria, comprenda la magnitud de su problema, que entienda las motivaciones que están asociadas a su forma de comer y los riesgos que tiene en la salud la obesidad.

El tratamiento integral de la obesidad requiere implementar medidas que conduzcan a un cambio en el estilo de vida de la persona, para que de esta manera sea más fácil que se mantenga en un peso saludable. Para esto es importante incluir en el tratamiento intervenciones psicológicas orientadas a ampliar y profundizar el conocimiento de la propia persona, acerca de la obesidad y en que consiste una vida saludable. Se pueden utilizar diversos tipos de terapias, pero una de las más comunes y efectivas es la terapia cognitivo-conductual como lo menciona Gómez (2014)

Desde el comienzo del tratamiento psicológico, es necesaria que el paciente conozca que el padecimiento de la obesidad es crónico, debe considerarse el entorno social más próximo y el ambiente familiar que puede influir en la etiopatogenia persistencia del padecimiento. Una de las terapias psicológicas más utilizadas en el tratamiento integral o multidisciplinario de la obesidad es la terapia cognitivo-conductual (p.72).

Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual ponen énfasis la modulación emocional y en las intervenciones centradas en soluciones. Se abordan aspectos como: motivación por el tratamiento, conexión entre estado emocional y tipo de alimentación, manejo y expresión de emociones como estrés y ansiedad, técnicas de autorregulación y prevención de recaídas entre otras.

Debido a que existen varias psicopatologías asociadas a la obesidad tales como depresión y trastornos de la conducta alimentaria, resulta de gran importancia un diagnóstico previo a la intervención, de esto se hablará a continuación.

3.1.1.- El diagnóstico apropiado.

La obesidad es una enfermedad multifactorial, por lo que el psicólogo necesita realizar una evaluación individualizada de cada paciente para saber cuál o cuáles son los componentes que la originan. En cada caso de obesidad se debe aplicar el tratamiento adecuado a sus circunstancias. Algunas causas de la obesidad pueden ser la genética, los factores ambientales, hábitos alimenticios, sedentarismo, ansiedad, depresión, baja autoestima, trastornos hormonales, estilo de vida, status económico, acceso a alimentos sanos, entre otros factores.

Para empezar el psicólogo debe de definir si la persona cumple con los criterios de obesidad y en qué grado, esto se hace sacando de IMC. Su diagnóstico se basa en el cálculo del índice de masa corporal (IMC) [Peso

(kg)/Talla² (m)] y, de acuerdo a su severidad, se clasifica en obesidad leve o sobrepeso, obesidad moderada, severa y mórbida.

	IMC (Kg/m ²)	Riesgo
Pre-obeso	25-29.9	Aumentado
Obesidad (clase I)	30-34.9	Moderado
Obesidad (clase II)	35-39.9	Severo
Obesidad (clase III)	>40	Muy severo

Tabla 2. Grado de obesidad y riesgo global de salud según la OMS

Otro medio de diagnóstico es medir el perímetro abdominal que es un indicador de la grasa existente en esta área. Existen más riesgos de salud al tener grasa abdominal que grasa periférica. De ahí que la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una clasificación del perímetro abdominal como se muestra a continuación.

Indicadores	Riesgo bajo	Riesgo aumentado	Riesgo muy elevado
Perímetro cintura (cm)			
Hombres	<94	94-101	>102
Mujeres	<80	80-87	>88

Tabla 3. Indicadores para determinar nivel de riesgo en la salud.

Parte de los criterios de evaluación que debe de tomar en cuenta el psicólogo es la historia médica de la persona que padece obesidad. Esta evaluación debe de ser realizada por un médico y tiene que estar orientada a detectar aquellos factores que contribuyen a desarrollar obesidad, tales como

desajustes metabólicos, enfermedades crónicas que predispongan al aumento de peso, síndromes relacionados al sobre peso, problemas hormonales, medicamentos que favorecen un incremento de peso, historia médica familiar. Como lo comentan Cuevas & Reyes. (2005):

Factores etiológicos y condicionantes de la obesidad, antecedentes mórbidos y patologías asociadas. Entre los antecedentes mórbidos, debe investigarse hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, colelitiasis, patología hepática, apnea del sueño, cáncer, patología osteoarticular, endocrinopatías, patología psiquiátrica, etc. También debe evaluarse el antecedente de tabaquismo. Son relevantes los antecedentes familiares de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, hipotiroidismo, cáncer, etc. También debe interrogarse por el uso de medicamentos que pueden influir en la variación del peso corporal, tales como corticoesteroides y otros tratamientos hormonales, antidepresivos, antipsicóticos, hipoglicemiantes, diuréticos, betabloqueadores, anorexígenos, antihistamínicos, etc. (p.715)

La historia médica de una persona con obesidad es de suma importancia para determinar a qué edad inicio la obesidad, las variaciones del peso corporal y a que se han debido. De igual importancia resulta desarrollar una historia alimenticia, indagando en los hábitos alimenticios, periodos de ayuno diurno, tipo de alimentos elegidos y patrones alterados de alimentación, como el comer nocturno, los atracones de comidas o el "picoteo". En este aspecto, puede ser de gran ayuda contar con la colaboración de un profesional nutricionista para el desarrollo de una encuesta de alimentación completa.

En cuanto a actividad física, es importante que el psicólogo evalúe el grado de actividad o sedentarismo y la capacidad del individuo para comprometerse a una rutina de ejercicio como parte del plan terapéutico. Toda esta información se recopilará a base de una entrevista y aplicación test.

Pasando a los aspectos que le competen estrechamente al psicólogo y que son de suma importancia en la evaluación para que el psicólogo realice un diagnostico apropiado son: el nivel educativo, situación laboral, entorno familiar y social, motivaciones para comenzar con el tratamiento, antecedentes o trastornos

emocionales como pueden ser: depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés y patologías psiquiátricas, incluyendo trastornos de la conducta alimentaria. Para poder recopilar esta información se requiere de una evaluación psicológica o en algunos casos psiquiátrica, a base de entrevistas, observación, test, entre otras herramientas. Lafuente (2011) comenta al respecto:

Frecuentemente, estos pacientes presentan comorbilidad psicológica en trastornos que pueden interferir en la adaptación y evolución del programa de tratamiento general y conviene detectarlos y diagnosticarlos al inicio. Deben tenerse en cuenta, especialmente, los TCA, ya que no resultan infrecuentes los casos de bulimia nerviosa y, principalmente, trastorno por atracón. Asimismo, es frecuente la presencia del síndrome del comedor nocturno (Night Eating Syndrome) y se observa de manera habitual picoteo, generalmente de alimentos de elevado contenido energético que a veces son sus alimentos preferidos y, en otras ocasiones, cualquier alimento. Otras patologías pueden estar presentes como trastornos depresivos u otros trastornos del humor. En estos casos conviene abordar los problemas desde el inicio del tratamiento y, si es necesario, de forma individualizada. La proporción de cuanta psicoterapia es necesaria en los pacientes es muy difícil precisar ya que las posibilidades son muy diferentes dependiendo de la comorbilidad física y psicológica, motivación, conflictos y situaciones personales. (p.1498).

En conclusión para poder realizar un diagnóstico apropiado en cada caso de obesidad, se requiere una investigación integral por parte del psicólogo ya que de eso dependerá el abordaje del problema y el tipo de tratamiento psicológico que requiera. El terapeuta se enfocará en los aspectos que competan a su área siempre consiente que los demás aspectos que envuelven al individuo repercuten en lo psicológico.

Al comenzar un tratamiento el terapeuta debe de saber si al paciente con obesidad lo canalizaron por medio del médico, la escuela, la familia o alguna otra institución o va por su iniciativa. Si a la persona la mandan a iniciar el tratamiento, tendrá un menor grado de motivación y adhesión al tratamiento que si es ella misma la que busca la ayuda. El terapeuta tiene a responsabilidad de explicarle al paciente con obesidad en qué consistirá su tratamiento y como se llevará a cabo. Es importante que el terapeuta haga consiente a la persona que debe de tener

expectativas realistas de los resultados que conseguirá con el tratamiento y que del éxito o del fracaso dependerá la ella misma en su nivel de compromiso. Vázquez (2006) menciona al respecto:

Foster, Wadden, Vogt y Brewer en 1997, encontraron que las mujeres obesas escogieron un peso meta que requería de una reducción del 32% del peso inicial. Ésta es una pérdida mucho mayor a la que se produce incluso mediante el tratamiento más exitoso (no quirúrgico) de control de peso. A pesar de perder más peso de lo que habían perdido en cualquier esfuerzo anterior, así como el informe de cambios positivos físicos y psicológicos por la pérdida de peso, la mayoría de los pacientes en este estudio estuvieron insatisfechos con su pérdida de peso al final del tratamiento. (p. 41).

El anterior estudio resalta la importancia de que el terapeuta informe al paciente con obesidad sobre lo que pueden esperar realmente del tratamiento, para evitar que la persona se frustre y abandone el programa. A continuación se hablará más a fondo del tipo de tratamiento que se recomienda en los casos de obesidad, así como en que consiste.

3.1.2.- Planificación del tratamiento / terapia cognitivo-conductual.

Una de las terapias psicológicas más utilizadas en el tratamiento integral de la obesidad es la terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual consiste en la modificación de los hábitos y conductas mediante técnicas conductuales y cognoscitivas. Las terapias de cambios de conductas son estrategias para modificar los hábitos de alimentación y de actividad física de los pacientes obesos. Entre los principios básicos de la terapia cognitivo-conductual están las que menciona Maldonado. (2014).

A) La conducta que requiere tratamiento es el principal objetivo de este. B) suele dividirse en componentes separados que están tratados mediante procedimientos diseñados de forma individual, en función con la conducta y las consecuencias. C) el entorno social desempeña un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de las conductas normales y anormales, por lo tanto para mantener las conductas recientemente aprendidas y prevenir recaídas, se debe procurar modificar el entorno. Desde

este enfoque, los procesos cognoscitivos son importantes moduladores de la conducta.

El objetivo principal de la terapia cognitivo-conductual es aumentar la conciencia, facilitar una mejor comprensión de uno mismo y mejorar el autocontrol a base de desarrollar habilidades cognoscitivas y conductuales apropiadas. La terapia cognitivo-conductual contribuye a ayudar a la persona con obesidad a cambiar aquellos patrones de alimentación que promueven su exceso de peso. Las técnicas cognitivas-conductuales tienen como objetivo que la persona con obesidad conozca y comprenda el significado que tienen para él los alimentos y aprenda a identificar los pensamientos y las conductas nocivas para de esta manera puedan modificarlas como lo comenta Vázquez (2006).

Es sumamente importante antes de comenzar el tratamiento, que el paciente reconozca la necesidad de la pérdida de peso. Debe determinarse si es tiempo favorable para llevarla a cabo, porque esta requiere de concentración y esfuerzo sostenido, y puede estropearse por algunos estresores en la vida del paciente. Si el paciente siente que la incapacidad de hacer el compromiso del tratamiento, se debe esperar hasta que las circunstancias en su vida mejoren. Se deben examinar también las razones por las que la persona quiere perder peso, cuánto peso espera perder, los cambios en la salud o en el estado psicológico que se prevén. Debe educarse al paciente sobre lo que puede esperar del tratamiento de la obesidad, y proporcionarle el criterio para definir un resultado exitoso. (p. 72).

La intervención en los casos de obesidad mediante terapia cognitivo-conductual es una de las más utilizadas debido a su eficacia y como comenta Maldonado (2014) *“son un método de control de la conducta alimentaria y reaprendizaje sobre estados emocionales, esquemas conductuales y cognitivos que llevan al comer en exceso. El tratamiento cognitivo-conductual está orientado a someter ciertas cogniciones relacionadas con la conducta alimentaria a una evaluación”*. La evaluación se hace mediante procedimientos de obtención y análisis de los pensamientos. Se evalúan los hechos, exponiendo cogniciones relacionadas con la alimentación y también haciendo uso de técnicas conductuales. Los principales objetivos de la terapia cognitivo-conductual en los casos de obesidad, es mejorar los hábitos alimentarios, los niveles de actividad

física, así como la reestructuración cognitiva. El cambio de hábitos en la persona que padece obesidad es un punto que se abordará más adelante.

3.1.3.- Cambio de hábitos.

La psicoterapia cognitivo-conductual pretende cambiar cogniciones, conductas y por ende hábitos. La intervención consiste en que el paciente observe su conducta, pensamientos y sentimientos así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que pueda encontrar otras alternativas más beneficiosas para ponerse en práctica en su vida diaria. Lafuente (2011) menciona: *“Cuando el paciente está en las primeras fases de la terapia, los hábitos de alimentación inadecuados todavía permanecen sin modificar, hasta que un mejor control de la comida esté activado y por ello permite observar la forma en que canaliza habitualmente sus afectos”*. Muchas veces, el paciente no es consciente de sus decisiones alimentarias y sus consecuencias. Para la persona con obesidad es más fácil ver los problemas que se reflejan en su imagen corporal, la belleza y la salud, que los problemas emocionales, conductuales y los que están en sus cogniciones. El área a trabajar en la persona con obesidad por medio del tratamiento psicológico es el cognitivo-conductual.

Para que se logren estos cambios en las personas que padecen obesidad el terapeuta debe de utilizar diversas técnicas y dotar a la persona de herramientas para que pueden cumplir la meta de bajar de peso, ser consciente de su situación, rastrear el porqué de su obesidad, cómo se relacionan sus emociones con su obesidad, y cómo mantener un peso saludable. A continuación hablaremos de algunas técnicas utilizadas en el tratamiento de pérdida de peso desde el enfoque cognitivo-conductual. El terapeuta se vale de técnicas tanto cognitivas como conductuales, veremos de qué manera se complementan una a la otra.

3.1.4.- Técnicas de control de peso.

Las técnicas de control de peso están basadas en el enfoque conductual que se fundamenta en la concepción de que el comportamiento general y los desórdenes emocionales en particular, responden a contingencias ambientales de acuerdo con la ley del condicionamiento. Así, las técnicas derivadas proponen un cambio conductual basado en la creación de nuevas conexiones de estímulos y respuestas que reemplacen a las viejas. Esto se logra a través de una manipulación sistemática y cuidadosamente planificada de las contingencias ambientales.

La técnica de automonitoreo consiste en el registro diario y detallado por escrito de la ingestión de alimentos, así como las circunstancias bajo las que ocurrió, también se puede incluir la actividad física que se realiza, incluso un registro diario de los cambios en el peso corporal. Se recomienda al paciente que registre o monitoree los pensamientos y sentimientos anteriores al comer, lo que permite que reconozca los estímulos psicológicos y ambientales asociados con la ingestión de comida. La persona debe de registrar lo que come, la hora, lo que hacía mientras comía, cuánto comió, dónde y con quién comió, cómo se sintió antes y después de comer. En el último punto se pueden descubrir los sentimientos que impulsan a la persona a comer en exceso. Vázquez (2006) comenta *“Toda la información recopilada por el paciente con obesidad forma parte del proceso de cambio de conductas alteradas. Es necesario la identificación de influencias del medio ambiente y personales, que regulan la actividad física y de la alimentación, para la evaluación del proceso en la modificación de hábitos. La información esencial para seleccionar e implementar estrategias de intervención”* (p.40). El terapeuta debe de instruir a la persona en las modalidades de observar y registrar la conducta, sus antecedentes y consecuencias. Se tiene que registra su duración y frecuencia. Que el paciente se autoevalúe es importante ya que reforzará las metas obtenidas y ayudará a mantenerlas.

La técnica de autocontrol es la aplicación de estrategias que la persona tiene que desarrollar y aplicar por sí misma para modificar las conductas

conflictivas. Son procedimientos mediante los cuales el terapeuta instruye al paciente en estrategias para generar la habilidad de diseñar auto-intervenciones. Tienen objetivos que son el cambio de la frecuencia, intensidad y duración de ciertas conductas en diferentes contextos: manipulando las consecuencias o reorganizando las situaciones antecedentes, y llegar a las metas a corto y largo plazo. Las técnicas de autocontrol permiten a la persona registrar su conducta y aplicar estrategias para controlarla naturalmente. Para Rehm (1993) *“las estrategias de autocontrol, ayudan al individuo a vencer el dominio del ambiente o situaciones extremas y reemplazarlo por control interior, en donde influye la planificación de sus conductas y el establecimiento de objetivos”*. Kazdin (1994) comenta acerca de las fases que conlleva el autocontrol:

Dentro de estas técnicas se refiere que existen tres fases en el aprendizaje del autocontrol: la fase educativa donde, su finalidad es la corrección de errores de concepto, como no permitir autocrítica negativa y proporcionar información sobre los principios del aprendizaje. La de entrenamiento, donde se prepara a la persona sobre ciertas habilidades que harán posible el autocontrol incluye técnicas de registro y observación objetiva del comportamiento que se desea modificar. Se definen objetivos, criterios reales y concretos de los cambios deseados y su planificación a corto y largo plazo. Y la de aplicación, que consiste en la autoobservación que aumenta el conocimiento del comportamiento y relaciona sus conductas con situaciones y resultados.

La vigilancia personal ayuda a las personas a comprender más sobre sus hábitos y revela sus patrones. El conocer conductas como el consumo excesivo e inconsciente de comida puede explicar el aumento de peso y ayuda a identificar las situaciones emocionales y físicas en las que tiene lugar la conducta alimentaria. Al estar consciente la persona que situaciones o emociones propician las conductas nocivas, tendrá el poder de corregirlas mediante el autocontrol.

La técnica de control de estímulos consiste en que la persona logre notar que factores tienen una influencia en su conducta alimentaria. La persona es capaz de reestructurar su ambiente para maximizar la probabilidad de que la conducta deseada se presente o de eliminar conductas indeseadas, como lo

comenta Maldonado (2014) *“se debe instruir a la persona para que logre identificar los estímulos internos o externos que controlan cierta conducta, ayudando a discriminar en que situaciones le conviene actuar sobre el entorno físico y social para disminuirlos o eliminarlos”* (p.83). La persona puede empezar a desarrollar conductas ante estímulos nuevos y así desarrollar control sobre los mismo, o bien podría guiarse a la persona para en la presencia de estímulos familiares, llevar a cabo conductas nuevas.

El control de estímulos implica la modificación de la situación o de la cadena de acontecimientos que anteceden a la ingestión de alimentos. El paciente debe evitar la exposición a situaciones que inducen a comer en exceso. Algunos estímulos pueden ser los tipos de alimentos consumidos en las comidas familiares, la ingestión rápida de comida lo que dificulta percibir la sensación de saciedad, otro estímulo puede ser la asistencia constante a bufets lo que propicia la ingesta de grandes cantidades de comida, etc. Para evitar la exposición a situaciones que inducen a alimentarse en exceso, las personas son instruidas a separar sus comidas de otras actividades como: ver tv, comer mientras se trabaja u otras actividades mientras se ingieren alimentos. La persona debe de estar totalmente consciente del acto de comer.

Los estímulos externos se pueden controlar por métodos que van desde la compra de alimentos sanos hasta un lugar específico para comer y el debilitamiento de la relación de la comida con los lugares, personas o sentimientos que motiva este impulso. En la sociedad mexicana gran parte de las actividades de esparcimiento o convivencia gira en torno a la comida, como lo son las festividades, por mencionar algunas. Cuando se asiste a comidas con amigos y familiares es más probable que los alimentos sean altos en calorías y estén disponibles en grandes cantidades. También existe una presión social para seguir comiendo aun cuando ya no se tenga hambre. Para minimizar los estímulos al comer, se pueden conservar alimentos chatarra fuera del alcance, para tenerlos menos disponibles y así disminuir la posibilidad de consumirlos, o simplemente no comprarlos. Se recomienda comer sentado, despacio y levantarse cuando se

termine de comer, para evitar comer en exceso. Otra táctica para crear un estímulo positivo en la conducta deseada, puede ser colocar tenis para realizar ejercicio físico en un lugar visible y conveniente, lo que podría aumentar la posibilidad de realizar actividad física, inscribirse al gimnasio, etc.

Las técnicas del control de peso incluyen autoobservación, autocontrol, registro de comida y de situaciones desencadenantes, establecimiento de metas realistas a corto-largo plazo, control de estímulos.

3.1.5.- Reestructuración cognitiva.

La cognición lleva a la conducta, nuestras acciones están principalmente en función nuestros pensamientos. Maldonado (2014) menciona:

Se han definido tres puntos básicos de a terapia cognitiva; la actividad cognitiva afecta a la conducta, puede ser controlada y alterada, y por último el cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo. Algunas de las características de esta terapia es que el terapeuta adopta un rol directivo, se incluyen procedimientos activos, se siguen pautas y estructuras y tienden a ser de corta duración. En general esta terapia puede combinarse con la terapia conductual, llamándose terapia cognitivo-conductual. (p.77).

El enfoque cognitivo se basa fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognoscitivos juegan en la generación de emociones y conductas. Se sostiene que el cambio en los pensamientos conducirá a cambios emocionales y conductuales. Las técnicas terapéuticas utilizadas son: identificación, discusión y puesta a prueba de los pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de pensamiento. Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva. Maldonado (2014) concuerda:

Reestructuración cognitiva propiamente dicha: conocimiento que el paciente tiene de sus propios pensamientos y emociones, conocer las relaciones de emociones y situaciones de ingesta, detectar pensamientos automáticos negativos irracionales (cuestionar, analizar y cambiar) y sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más racionales, más realistas y más

funcionales. El paciente con obesidad tienen la capacidad de emitir respuestas para modificar el impacto de los componentes cognitivos. (p. 78).

La reestructuración cognitiva implica instruir al paciente para que cuestione actitudes y creencias irracionales, como autoregistrar sus pensamientos y plantear una respuesta racional. Esta técnica puede identificar y modificar las cogniciones nocivas de la persona que padece obesidad mostrando su impacto negativo en la conducta.

Hacer una reestructuración cognitiva implica una confrontación activa del paciente con sus propias conductas y sus creencias. Lafuente (2011) comenta al respecto: *“La reestructuración cognitiva sugiere que hay otras opciones posibles y más adecuadas para sus patrones habituales de conductas que promueven la obesidad, por lo tanto promueve el autocuestionamiento”*.

Se busca un cambio mental en referencia a la comida, como por ejemplo evitar que un día difícil sea un pretexto para comer de más. Que una persona al sentirse triste no recurra a alimentos altos en calorías. Se pretende sustituirlo por otras situaciones placenteras como salir a caminar con un amigo, escuchar música entre otras. Que la comida no se convierta en un calmante emocional. Se busca que la persona identifique cuales de sus emociones están relacionadas con el comer en exceso o recurrir a la comida chatarra.

Otra técnica son las recompensas que pueden ser usadas para estimular a la persona una vez que haya logrado sus objetivos. Una recompensa sencilla puede ser algún objeto o una situación sencilla que la persona dese y que compagine con la obtención de su objetivo, que es la pérdida de peso. Las recompensas le facilitarán conseguir metas específicas. La persona debe evitar recompensarse con comida. Las recompensas sirven de motivación para continuar con el tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual también maneja técnicas para el manejo del stress o condiciones psicológicas que desencadenan la ingesta de comida como la

ansiedad, depresión, baja autoestima, resolución de problemas relacionados con el peso e implementación de alternativas más saludables.

Las técnicas psico-educativas también son parte de la reestructuración cognitiva, la persona tiene que conocer acerca de la obesidad, nutrición, manejo de emociones, etc. tener la información necesaria ayudará a la persona con obesidad a para poder llevar a cabo los cambios en su persona. Esta información se la puede facilitar el terapeuta y también se debe animar a la persona que investigue por su cuenta, algunos tópicos que se pueden abordar son los que comenta Lafuente (2011)

Conlleva que se le imparta a la persona que padece obesidad un módulo de educación alimentaria y psicológica para que se involucren en el tratamiento con conceptos veraces y criterios de salud. Los conceptos básicos a exponer en distintas áreas son: alimentación, emociones, actividad, ejercicio y familia. En cuanto a alimentación los temas a tratar son: conocimiento de la alimentación sana, efectos del sobrepeso en el cuerpo y la salud, factores que favorecen el desarrollo de la obesidad, autoobservación y realización de las prescripciones, desarrollo de objetivos realistas de peso y mantenimiento, inclusión de objetivos parciales y progresivos, desarrollo de pros y contras del cambio. En lo referente a las emociones deben aclararse las responsabilidades en el contexto de la terapia y la influencia que tienen las emociones y los pensamientos sobre la conducta. Debe entenderse que la actividad y ejercicio físico adecuado y regular favorecer la salud y el mantenimiento del peso.

3.1.6.- Evaluación de la intervención.

Otra etapa del tratamiento psicológico en las personas que padecen obesidad es la evaluación de los resultados e incentivar los logros obtenidos. La evaluación del tratamiento es de suma importancia ya que de ella depende saber si está surtiendo efecto o hay que realizar modificaciones en el tratamiento. Las evaluaciones se realizan comparando los primeros automonitoreos con los actuales, mediante entrevistas, aplicación de pruebas, test psicológicos, etc. El

logro de la intervención principalmente se ve si se obtuvo una baja de peso, pero también si existió un cambio en los esquemas mentales de la persona. Se analiza si hubo un cambio en la relación que tenía la persona con obesidad con la comida, si existió una comprensión del origen de su obesidad, si aprendió a identificar cuáles eran las emociones que se relacionaban con su forma de comer y por consiguiente de su obesidad. Si aprendió a identificar las ideas, pensamientos negativos respecto a su persona y específicamente a su obesidad, si es capaz de resignificarlos y modificarlos y por consiguiente cambiar sus acciones. Se evalúa si la persona puede crear nuevos hábitos y modificar su estilo de vida. Uno de los objetivos de la intervención psicológica es que la persona sea capaz de aceptar y valorar su cuerpo. Algunas personas no logran tener éxito en el tratamiento y esto es debido a ciertos rasgos en los pacientes como, dependencia, pasividad, poca tolerancia a la frustración. Lo más relevante es saber que no basta con suprimir el síntoma, sino además entender que la obesidad tiene relación con procesos psicológicos que requieren un conocimiento más profundo. Todo esto puede influir en una disminución del empeño en seguir las indicaciones y puede mermar el interés de colaboración con el tratamiento, incluso puede desencadenar el abandono del mismo, por sentimientos de frustración y desmotivación. El tratamiento cognitivo-conductual para las personas que padecen obesidad, muchas veces debe de ir acompañado de un tratamiento psicológico que trate las patologías o desordenes de la personalidad que la persona puede presentar a la par de su obesidad. Si el terapeuta trata cada caso de manera individual e integral las posibilidades de éxito son mayores.

Es importante incentivar los cambios logrados por pequeños que perezcan y seguir estimulando a la persona con obesidad a continuar con el tratamiento. En el siguiente apartado se hablará más a fondo del seguimiento y mantenimiento del tratamiento.

3.1.7.- Mantenimiento del tratamiento.

El mantenimiento de los cambios logrados mediante el tratamiento psicológico para las personas que padecen obesidad es una de las partes más complicadas ya que depende en gran medida únicamente de la persona. Ya no está el terapeuta para dar el soporte, indicaciones, técnicas y motivarla. El papel del terapeuta debe de terminar después de ver que la persona tiene mejoras significativas. Si el terapeuta continúa demasiado tiempo con la persona se puede construir una relación de dependencia la cual es nociva para la persona. La función del terapeuta mediante el tratamiento es brindarle a la persona herramientas y habilidades para que ella misma tenga la capacidad mantener los cambios logrados.

No todas las personas que padecen obesidad son iguales, por consiguiente no a todos los pacientes le sirven las mismas soluciones. Uno de los problemas que cometen algunas personas con obesidad al someterse a un tratamiento para bajar peso es que se plantean objetivos difíciles de alcanzar en poco tiempo. Lo anterior propicia que muchas personas con obesidad abandonen el tratamiento. En el aspecto cognitivo es importante la enseñanza de metas realistas en cuanto a la reducción de peso. Muchas personas con obesidad ya han tratado por muchos medios de bajar de peso y son cautivados por métodos o productos milagro que prometen gran pérdida de peso en poco tiempo, lo cual entusiasma a la persona. El terapeuta debe de mostrarle a la persona que padece obesidad que es un proceso donde se deben abordar todos los aspectos afectados, tanto el médico, nutricional, de actividad física y psicológico, para que se dé un cambio integral y duradero. Lafuente (2011) comenta:

La mayoría de las personas con obesidad que acuden a tratamiento han realizado numerosas dietas con resultados, generalmente, pobres. Suelen tener información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentación sana, proceso de adelgazamiento y, además, están inmersos en la sociedad de la delgadez. Esperan cambios de peso marcados y rápidos casi con cualquier régimen, los esquemas vienen definidos más por la pérdida de peso para ser delgados, buscando un cambio de imagen para tener más éxito, aceptación propia y de los demás y no tanto por motivos de salud. La dieta está cargada de

significados desproporcionados e inadecuados encontrándose en último lugar la alimentación sana, adecuada y posible.

Es de vital importancia que la persona después del tratamiento desarrolle habilidades de manejo de dificultades: aprender conductas alternativas en vez de comer, estrategias de manejo del estrés y regulación de afectos, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, entrenamiento en solución de problemas, además de prevención de recaídas. Se debe instruir al individuo a identificar las situaciones que pueden posibilitar el incumplimiento de las prescripciones o abandono del programa. Mercado & Pérez (2010) mencionan un punto con gran relevancia que es la prevención de recaídas:

Debido al número de fracasos que existen en los tratamientos para perder peso, es necesario dedicar una parte del programa a la prevención de recaídas, los individuos con un nivel de tolerancia insuficiente pueden sufrir recaídas en situaciones de alto riesgo, como puede ser cualquier problema o reto en su vida cotidiana o situación emocional. Se debe de trabajar en superar esta situación, diseñando estrategias distintas, que eviten que la persona recurra a la comida como única solución. Es importante que el paciente entienda que una recaída no es igual a volver a lo mismo, ni significa el fracaso del tratamiento. (p.94).

Al concluir el tratamiento se recomienda que el terapeuta proponga puntos a trabajar en la persona dependiendo de su necesidad como los que comenta Lafuente (2011) *“autoestima, actitud ante las críticas, valoración de las fortalezas, desarrollar el sentido de autoeficacia, imagen corporal y refuerzo de logros, aun siendo pequeños”*.

El objetivo es que el paciente descubra nuevas formas, conductas, pensamientos y los lleve a su vida diaria beneficiándose de un mayor bienestar y eficacia. Se pretende que la persona que padece obesidad logre cambiar su estilo de vida de manera permanente. Hay algunas personas que se les dificulta mantener lo aprendido en el tratamiento y una de las formas con las que se puede conseguir mejores resultados en el mantenimiento de los logros es favoreciendo la capacidad de autoregulación del paciente a través del contacto periódico con el terapeuta.

En el presente capítulo se abordó el papel que tiene el psicólogo en la intervención de los casos de obesidad. El objetivo del psicólogo es que la persona cambie su conducta alimentaria, comprenda la magnitud de su problema, que entienda las motivaciones que están asociadas a su forma de comer y los riesgos que tiene en la salud la obesidad. Para poder lograr un cambio en la persona que padece obesidad el psicólogo se vale de técnicas para el control de peso, cambio de hábitos, reestructuración cognitiva, intervención en psicopatologías relacionadas con la obesidad.

A lo largo del capítulo se habló del tratamiento psicológico que se debe de llevar a cabo en los casos de obesidad empezando por el diagnóstico apropiado. Para que se un diagnóstico correcto se debe de realizar una evaluación integral ya que la obesidad tiene múltiples causas. La evaluación psicológica comprende una investigación del nivel educativo, situación laboral, entorno familiar y social, motivaciones para comenzar con el tratamiento, antecedentes o trastornos emocionales como pueden ser: depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés y patologías psiquiátricas, incluyendo trastornos de la conducta alimentaria. Para poder recopilar la información del paciente con obesidad se requiere de una evaluación psicológica o en algunos casos psiquiátrica, a base de entrevistas, observación, test, entre otras herramientas. Se requiere una investigación integral por parte del psicólogo ya que de eso dependerá el abordaje del problema y el tipo de tratamiento psicológico que requiera.

En el capítulo tres se abordó tratamiento psicológico en casos de obesidad y se enfocó en la intervención a base de la terapia cognitivo-conductual que según la literatura es una de las terapias psicológicas más utilizadas en el tratamiento integral de la obesidad. La terapia cognitivo-conductual consiste en la modificación de los hábitos y conductas mediante técnicas conductuales y cognoscitivas. El objetivo principal de la terapia cognitivo-conductual es aumentar la conciencia, facilitar una mejor comprensión de uno mismo y mejorar el autocontrol a base de desarrollar habilidades cognoscitivas y conductuales apropiadas.

Se abordó la modificación de hábitos mediante el cambio de cogniciones y conductas del paciente con obesidad. Se habló de las técnicas que se utilizan para cambiar los malos hábitos del individuo. Algunas técnicas que el terapeuta utiliza son el automonitoreo, el autocontrol, control de estímulos, establecimiento de metas, etc. El presente capítulo analizó como se aplican y en qué consisten las técnicas antes mencionadas. Se analizó la importancia de que exista una reestructuración cognitiva en el individuo con obesidad. La reestructuración cognitiva implica instruir al paciente para que cuestione actitudes y creencias irracionales, como autorregistrar sus pensamientos y plantear una respuesta racional. Esta técnica puede identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de la persona que padece obesidad poniendo de relieve su impacto negativo en la conducta. Se describió los diversos métodos para lograr que el paciente logre una reestructuración cognitiva. Se abordó como la terapia cognitivo-conductual también maneja técnicas para el manejo del stress o condiciones psicológicas que desencadenan la ingesta de comida como la ansiedad, depresión, baja autoestima, resolución de problemas relacionados con el peso e implementación de alternativas más saludables.

También se analizó la importancia de la evaluación del tratamiento ya que de ella depende saber si está surtiendo efecto o hay que realizar modificaciones. Las evaluaciones se realizan: comparando los primeros automonitoreos con los actuales, mediante entrevistas, aplicación de pruebas y test psicológicos, etc. Se habló acerca de que se considera que el tratamiento fue exitoso si hubo un cambio en las conductas y cogniciones del paciente con obesidad, reflejándolo en el cumplimiento de metas. El capítulo hace hincapié del papel del terapeuta para incentivar los logros obtenidos por el paciente por muy pequeños que sean.

Por último se habló del mantenimiento del tratamiento y se enfatizó que este depende en gran medida del paciente y de cómo utilice las herramientas y habilidades que desarrollo a lo largo de la intervención. La persona es la responsable de mantener los cambios logrados. Se pretende que él individuo logre cambiar su estilo de vida de manera permanente.

En el siguiente y último capítulo se hablará de la intervención multidisciplinaria en los casos de obesidad. Que modelos de intervención existen desde otras disciplinas para combatir la obesidad y la importancia de la formación de un equipo multidisciplinario para el abordaje de la obesidad.

CAPÍTULO

4

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN LA OBESIDAD

“Hay que comer para vivir, y no vivir para comer.”

- *Molière*

4.1.- Modelos de intervención en la obesidad desde otras disciplinas.

En la actualidad existen diversas formas de combatir la obesidad desde diferentes disciplinas. La obesidad es una enfermedad multifactorial y por ende su abordaje también es diverso. Hay muchos tratamientos enfocados a la pérdida de peso desde diferentes disciplinas y perspectivas. Los tratamientos van desde un régimen alimenticio, actividad física, fármacos, hasta procedimientos quirúrgicos. El o los tratamientos que se apliquen dependerán de la situación del paciente que padece obesidad. No todos los tratamientos para tratar la obesidad son recomendados en todos los casos.

4.1.2.- Tratamiento nutricional.

El tratamiento nutricional muchas veces puede ser confundido con dietas restrictivas o milagrosas. Algunos planes alimenticios solo se enfocan que consumir cierto grupo alimenticio como son la dietas a base de ingerir únicamente proteínas. Las dietas que prometen resultados rápidos con un mínimo esfuerzo fomentan en la persona expectativas poco realistas. Los planes alimenticios que no están balanceados pueden dar resultados rápidos pero no de manera permanente y suelen tener consecuencias en la salud. Las personas que padecen obesidad recuperan el peso perdido gracias a la “dieta” en el momento que regresan a sus hábitos alimenticios normales.

La palabra dieta está mal entendida. Para muchas personas la palabra dieta les significa restricción, algo de corta duración, pérdida rápida de peso, contar calorías, etc., lo que a la persona le da una sensación ansiedad, estrés y muchas veces aversión al escuchar la palabra “dieta”. La dieta es por definición el Conjunto de sustancias alimenticias que un ser vivo toma habitualmente. El concepto proviene del griego *díaita*, que significa “modo de vida”. La dieta, por lo tanto, resulta un hábito y constituye una forma de vivir. El objetivo es enseñarle a la persona a saber comer, que alimentos son buenos para su cuerpo y de qué manera puede abordar su problema de obesidad a base de un tratamiento nutricional balanceado. La NOM 008 SSA-1 (SSA 2010) nos dice:

La participación del nutriólogo comprende el tratamiento nutricional que implica: Valoración nutricional, evaluación del estado nutricional mediante indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, bioquímicos y de estilo de vida; Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para el acondicionamiento físico y para los hábitos alimentarios; y Control: seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones. La dieta deberá ser individualizada, atendiendo a las circunstancias específicas de cada paciente, en términos de los criterios mencionados en esta norma.

Los programas de alimentación dirigidos a pacientes con obesidad primeramente deben de ser individualizados. El nutriólogo debe de considerar diversos factores, tanto médicos, estilo de vida de la persona, preferencias alimenticias, economía, contexto familiar, entre otros. Cada paciente que padece obesidad es único tanto en el origen de su obesidad como en todas las variables que influyen en su vida, por ello el plan alimenticio debe de ser diseñado especialmente para él. A las personas que padecen obesidad se les recomienda una dieta hipocalórica equilibrada. Al implementar una dieta sana se busca cambiar los patrones alimenticios que le fomentan la obesidad. El nutriólogo debe enseñar a la persona a moderar las porciones de los alimentos. Se recomienda que la persona coma varias veces pequeñas porciones. Otra herramienta para lograr la aplicación del plan alimenticio es que se tengan horarios de comida.

Es importante resaltar que el programa alimenticio no debe de ser tan rígido o restrictivo en un inicio. En el diseño del programa nutricional se debe de tomar en cuenta las preferencias alimenticias de la persona siempre y cuando no afecten en el objetivo de la baja de peso. Si la persona comienza el tratamiento con un plan alimenticio flexible se evitará que experimente angustia, ansiedad, debido al cambio tan drástico y termine abandonando el tratamiento.

Una dieta equilibrada con reducción en la ingesta de calorías constituye el método más eficaz y utilizado para la reducción de peso. El plan alimenticio debe de ser adecuado desde el punto de vista nutricional. Las calorías se reducen hasta un nivel en que los depósitos de grasa deban movilizarse para cubrir las necesidades del cuerpo. El nutriólogo tiene la responsabilidad de informarle al

paciente que el tratamiento es un proceso gradual para que la persona no se desespere o se desanime. Los resultados dependerán en gran medida del nivel de compromiso de la persona, que tanto se apegue al tratamiento. Se deben de poner metas realistas al paciente que inicia el tratamiento. El objetivo es lograr un cambio permanente en los hábitos alimenticios de la persona. El cambio en la forma en la que se alimenta la persona que padece obesidad se verá reflejado en la pérdida de peso y por consiguiente en su salud.

El nutriólogo no sólo enseña a la persona que padece obesidad a que lleve una alimentación equilibrada, también debe de fomentar la actividad física como complemento para lograr mejores resultados. En el siguiente apartado se tocará el punto de la actividad física y como se relaciona con la pérdida de peso.

4.1.3.- Tratamiento a base de actividad física.

Esta más que comprobado la relación de la actividad física con la disminución del peso. La Organización Mundial de la Salud (2014) define la actividad física como "*todos movimientos que forman parte de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas*". Cuando se lleva a cabo alguna actividad física se consumen más energía que estando en reposo.

El ejercicio tiene un papel fundamental en el control del peso tanto a corto como a largo plazo. El tratamiento a base de actividad física para las personas que padecen obesidad tiene como objetivo no solo la disminución de peso, si no también reducir el tejido adiposo. Algunas personas que llevan a cabo unicamente programas alimenticios para la pérdida de peso generalmente también pierden masa muscular. Incorporal el ejercicio físico fomenta la disminución del tejido adiposo y fomenta la masa muscular.

El incorporar la actividad física en el tratamiento para controlar la obesidad tiene otros beneficios como el liberar endorfinas, es recomendable en las personas que padecen depresión. El practicar constantemente ejercicio físico también

mejora la autoestima y reduce los niveles de estrés. Las personas que padecen obesidad y han llevado un estilo de vida sedentario se les recomienda que el programa de actividad física sea gradual.

El éxito del tratamiento a base de actividad física se centra en la duración y la práctica regular, no necesariamente en la intensidad de la actividad. Es recomendable que las personas que padecen obesidad encuentren una actividad física que les resulte agradable y placentera para que de esa manera no la abandonen. Realizar actividad física regular, pareciera ser el componente del tratamiento que más promueve el mantenimiento a largo plazo del peso perdido. El objetivo final es incorporar de manera permanente la actividad física en el estilo de vida de la persona.

4.1.4.- Tratamiento médico-farmacológico.

La medicina en cuanto a farmacología encaminada a la reducción de peso ha avanzado mucho y han salido al mercado muchos medicamentos que ayudan en el tratamiento de la obesidad. Las farmacéuticas están conscientes que la obesidad es una epidemia mundial y se requiere un medicamento que responda a la necesidad y demanda de la sociedad. Es importante resaltar que la utilización de fármacos no es un tratamiento que se aplique de manera aislada para contrarrestar la obesidad, deben de ir acompañados de un tratamiento integral. Muchas personas que padecen obesidad creen que existe algún medicamento milagroso que las va hacer bajar de peso sin hacer ningún esfuerzo.

El tratamiento a base de fármacos es una medida a la que se debe de recurrir cuando la dieta, el ejercicio y la psicoterapia no han surtido los resultados esperados en la disminución de peso. Generalmente el uso de algún fármaco está indicado en pacientes que tienen un alto grado de obesidad y esta tiene consecuencias directas en su salud. La NOM 008 SSA-1 (SSA 2010) comenta al respecto:

El médico será el único profesional de la salud que prescriba medicamentos en los casos que así se requiera, en términos de lo previsto en esta norma. Cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento dietoterapéutico, a la prescripción de actividad física y ejercicio en un periodo de al menos tres meses en pacientes con IMC de 30 kg/m² o más, con o sin comorbilidades o en pacientes con IMC superior a 27 kg/m² con una o más comorbilidades, se podrán prescribir medicamentos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Cada medicamento utilizado deberá estar justificado bajo criterio médico, de manera individualizada. El médico tratante deberá informar y explicar al paciente, las características del medicamento que le fue prescrito, nombre comercial y genérico, dosificación, duración del tratamiento, interacción con otros medicamentos, así como las posibles reacciones adversas y efectos colaterales. La expedición de la receta y el registro en la nota médica del expediente clínico correspondiente, deberán realizarse de acuerdo con las disposiciones sanitarias y la normatividad aplicables.

El médico es el profesional indicado para recetar cualquier tipo de fármaco para la reducción de peso. Los fármacos deben de estar regulados y se debe de conocer su mecanismo de acción y efectos secundarios. El médico es el responsable de instruir al paciente cómo y por cuánto tiempo debe de tomar el medicamento. Se debe de concientizar al paciente sobre las consecuencias de abusar de los fármacos. El tratamiento farmacológico adecuado puede potenciar la dieta, la actividad física y la terapia conductual en los individuos con obesidad. Los medicamentos para la reducción de peso son un apoyo para que en combinación de un tratamiento integral de pérdida de peso se logren los resultados esperados.

Existen muchos fármacos en el mercado para bajar de peso pero su mecanismo de acción es diferente como lo menciona Galicia & Simal (2002) *“fármacos anorexígenicos, que disminuyen el apetito o aumentan la saciedad, los que disminuyen la absorción de nutrientes y los que aumentan el gasto energético. A éstos hay que añadir numerosas sustancias que en la actualidad están en investigación en diferentes fases clínicas”*. Es importante que el médico conozca estos medicamentos, su eficacia, seguridad y si están autorizados. Kaufer-Horwitz, (2012) coincide

En general, estos medicamentos pueden clasificarse en: los que están involucrados en el comportamiento alimentario, los

relacionados con la ingestión energética, los que participan en el aumento del gasto energético y los que afectan el metabolismo o la degradación de los nutrientes. Estos fármacos deben cumplir con ciertos requisitos como: producir pérdida de peso correspondiente a grasa, tener una seguridad probada, carecer de efectos secundarios relevantes, poseer efectos duraderos, administrarse por vía oral preferentemente, carecer de propiedades adictivas o tóxicas, reducir de preferencia la grasa visceral.

Los fármacos son una contribución para el tratamiento de la obesidad y sus complicaciones. Galicia (2002) comenta: *“La pérdida de peso atribuible a la medicación es menor de un 5% y varía de un paciente a otro. Con pérdidas menores de 2 kg en el primer mes se puede aumentar la dosis, si el fármaco lo permite, o suspender el tratamiento”*. Hay que tener en cuenta que la respuesta al tratamiento farmacológico es muy variable de una persona a otra y es difícil de predecir sus consecuencias. El médico tiene que analizar individualmente a cada persona que padece obesidad principalmente la causa de su obesidad y su historial clínico. El médico en base a su evaluación decidirá si el paciente puede tomar un fármaco y cual. Se debe informar al paciente que padece obesidad la seriedad que representa tomar algún fármaco. Muchas personas tienden a utilizarlos de manera prolongada, automedicarse o ingerir altas dosis. Con algunos fármacos las personas que padecen obesidad pierden peso de forma relativamente rápida a corto plazo, pero es raro que esta pérdida se mantenga cuando se deja de tomar el medicamento.

El uso de fármacos no está indicado en todas las personas que padecen obesidad y si se llega a recurrir a ellos tienen que ser recetados por un médico. Los fármacos son un apoyo en el tratamiento integral de la obesidad. Pero qué pasa si el uso de fármacos no es suficiente para lograr los resultados esperados. En el siguiente apartado se abordará el tratamiento quirúrgico para la obesidad.

4.1.5.- Tratamiento quirúrgico.

En el tratamiento quirúrgico es importante recordar que no todas las personas que padecen obesidad son candidatas. La cirugía se utiliza en casos extremos, cuando la persona ya presenta una obesidad mórbida. La NOM 008 SSA-1 (SSA 2010) menciona: *“La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica”*. Es necesario realizar una evaluación integral del paciente que tiene obesidad y analizar si es candidato a cirugía y que tipo de procedimiento es el más adecuado.

Existen diferentes procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad pero generalmente se les denomina cirugía bariátrica como lo menciona Maldonado (2014). *“Se denomina cirugía bariátrica a cualquiera de las intervenciones quirúrgicas sobre el aparato digestivo que tienen por objeto la reducción ponderal, ya sea obligado a reducir drásticamente el volumen alimentario capaz de ser ingerido, o ya sea generando mala absorción de nutrientes”* (p. 64). El objetivo de los procedimientos quirúrgicos es limitar la cantidad de alimentos ingeridos o absorbidos. Los procedimientos quirúrgicos más comunes son: la banda gástrica y el bypass gástrico.

Las personas que se someten a este tipo de intervenciones, en general, pierden más del 70% de su exceso de peso en el primer año. Esto siempre y cuando el paciente cumpla bien las indicaciones que requiere el seguimiento postoperatorio, en caso contrario sus resultados no serán los ideales. Por lo tanto, recuperar peso después de la cirugía ocurre en un pequeño porcentaje de pacientes, pero sólo en aquellos que no siguen las indicaciones nutricionales y los ejercicios recomendados.

La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección en pacientes obesos mórbidos u obesos severos con comorbilidades asociadas. Maldonado (2014)

menciona *“la cirugía bariátrica es el procedimiento para la obesidad, más eficaz del que se dispone actualmente; sin embargo requiere que el individuo participe de manera activa en el proceso de reducir su ingestión de alimentos, de lo contrario el tratamiento fracasa”* (p.64). El seguimiento a largo plazo de los pacientes, deben ser realizados por un equipo médico altamente calificado y multidisciplinario con el objetivo de disminuir el riesgo asociado a esta cirugía, así como también obtener el mayor éxito en la reducción permanente del peso y en la mejoría de las patologías asociadas.

La cirugía bariátrica es el último recurso para los pacientes que padecen obesidad y que ya han probado los demás tratamientos sin resultados positivos. Sin embargo antes y después de la cirugía necesitan de la intervención de un equipo de profesionales en diversas áreas. Finalmente se abordará la importancia de la formación de un equipo multidisciplinario para el tratamiento de la obesidad.

4.2.- La importancia de la formación de un equipo multidisciplinario.

El tratamiento de la obesidad debe de ser integral basado en un diagnóstico completo e individualizado del paciente con obesidad. La intervención para abordar la obesidad debe incluir un tratamiento médico, nutricional, farmacológico, quirúrgico, psicológico y de actividad física. Dependiendo de cada caso se utilizarán a los profesionales y tratamientos que se requieran. La Secretaria de Salud (2010) menciona:

La NOM 008-SSA.1 el médico será el responsable del tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, el licenciado en nutrición y el psicólogo serán responsables en sus respectivas áreas de competencia profesional. En dicho tratamiento deberán evaluarse las distintas alternativas de tratamiento disponibles de acuerdo a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades conmitantes y comorbilidades que afecten su salud.

Todos los esfuerzos de los profesionales y los tratamientos deben de ir encaminados a conseguir un cambio permanente, tanto físicamente como

mentalmente y esto se tiene que ver reflejado en el estilo de vida. Se busca mejorar la calidad de vida de la persona. El éxito de un tratamiento integral de control de peso no solo se mide en la pérdida de peso. Debe de existir un compromiso de la persona para mantener los cambios logrados.

En el capítulo cuatro se analizó la intervención multidisciplinaria en los casos de obesidad desde otras disciplinas fuera de la psicológica. Se resaltó que la obesidad por ser una enfermedad multifactorial también requiere de diferentes perspectivas profesionales para su tratamiento. Se describieron los tratamientos que se utilizan para combatir la obesidad. Se vio que el tipo de tratamiento o tratamientos que se ocupen en la intervención deben de haber sido elegidos después de una evaluación individual del paciente. Algunos de los tratamientos que se describieron fueron: el nutricional, farmacológico, quirúrgico, de actividad física.

Se analizó el tratamiento nutricional que busca cambiar los hábitos alimenticios nocivos de la persona que padece obesidad, modificando su dieta, y a la par enseñar a la persona a comer sanamente. Se describió la función que tiene el nutriólogo en el tratamiento de la obesidad. Se observó que la intervención nutricional para los casos de obesidad consta de la elaboración de un plan alimenticio hipocalórico balanceado. Los programas de alimentación deben de ser individualizados. El objetivo es lograr un cambio permanente en los hábitos alimenticios de la persona.

El Tratamiento a base de actividad física es básico en la pérdida de peso ya que al realizar alguna actividad física se consumen más energía que estando en reposo. El ejercicio físico fomenta la disminución del tejido adiposo y fomenta la masa muscular. En conclusión se observó que el éxito del tratamiento a base de actividad física se centra en la duración y la practica regular, no necesariamente en la intensidad de la actividad. Es recomendable que las personas que padecen obesidad encuentren una actividad física que les resulte agradable y placentera para que de esa manera no la abandonen.

También se analizó que el tratamiento farmacológico es una ayuda en el abordaje de la obesidad. Los medicamentos para el control o reducción de peso no están indicados para todas las personas que padecen obesidad. El médico es el único que puede recetar al paciente algún tipo de fármaco. Se recurre a los medicamentos cuando la dieta, el ejercicio, la psicoterapia, no han dado los resultados esperados. Los fármacos deben estar regulados y se debe conocer su mecanismo de acción y efectos secundarios. Se resaltó que la utilización de fármacos no es un tratamiento que se aplique de manera aislada para contrarrestar la obesidad, deben ir acompañados de un tratamiento integral.

Se describió en qué consiste el tratamiento quirúrgico para tratar la obesidad. Se hizo hincapié en que la cirugía para el tratamiento de la obesidad se utiliza en casos extremos, cuando la persona ya presenta una obesidad mórbida. Se mostró que el tratamiento quirúrgico en las personas que son candidatas, ha demostrado ser efectivo en la reducción del peso y en la mejoría de las comorbilidades asociadas. Existen diferentes procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad y se les denomina cirugía bariátrica. Las técnicas quirúrgicas se dividen en tres tipos: restrictivas, malabsortivas y mixtas. El objetivo de los procedimientos quirúrgicos es limitar la cantidad de alimentos ingeridos o absorbidos. Para que el cuerpo se adecúe a la cirugía bariátrica, es necesario que el paciente siga un programa nutricional y realice las actividades indicadas por los especialistas. Las personas que se someten a este tipo de intervenciones, en general, pierden más del 70% de su exceso de peso en el primer año.

Finalmente se abordó la importancia de la formación de un equipo multidisciplinario para el tratamiento de la obesidad. El tratamiento de la obesidad debe ser integral basado en un diagnóstico completo e individualizado del paciente con obesidad. La intervención para contrarrestar la obesidad debe incluir un tratamiento médico, nutricional, farmacológico, quirúrgico, psicológico y de actividad física. Dependiendo de cada caso se utilizarán a los profesionales y tratamientos que se requieran. Todos los esfuerzos de los profesionales y los

tratamientos deben de ir encaminados a conseguir un cambio permanente, tanto físicamente como mentalmente y esto se tiene que ver reflejado en su cuerpo, en su salud, en sus interacciones sociales y en general en su estilo de vida. Se busca mejorar la calidad de vida de la persona. El siguiente apartado se centra en las conclusiones a las cuales se llegaron a lo largo de toda esta investigación documental.

CONCLUSIONES

La presente investigación documental se llevó a cabo debido a la importancia que tiene el análisis de los factores psicológicos y emocionales que influyen en una persona que padece obesidad. En la actualidad la obesidad es un problema a nivel mundial de origen multifactorial, pero lamentablemente no todos los factores son abordados a profundidad como es el caso de los psicológicos y emocionales.

El interés de abordar este tema es que existe un gran desconocimiento acerca de los factores psicológicos y emocionales que influyen en las personas que padecen obesidad y por ende no se contemplan a la hora de abordar el problema. Algunos de estos factores son: Distorsión de la imagen corporal, insatisfacción corporal, baja autoestima, depresión, ansiedad y estrés. En algunos casos estos factores pueden influir en el origen de la obesidad y también pueden surgir como una consecuencia de la obesidad. Muchas personas entran en un ciclo que fomenta la obesidad.

Es de suma importancia conocer los factores psicológicos y emocionales que están ligados a la obesidad ya que de eso dependerá la forma en la que se visualiza a la enfermedad y de qué maneras se puede abordar y tratar este padecimiento de manera integral. Convencionalmente la obesidad es tratada desde el área médica o nutricional, dejando de lado lo psicológico y emocional. Cada persona que padece obesidad es única, tanto en su organismo, personalidad, en el origen de su obesidad, contexto social, familiar, económico, cultural, experiencias vividas, lo cual abre un gran abanico de combinaciones. El tratamiento de la obesidad debe de ser integral e individual. Para poder realizar una intervención es necesario hacer una evaluación completa que cubra todos los aspectos involucrados.

La investigación documental que se realizó brinda un panorama bastante completo, en primera instancia de qué es la obesidad, causas, consecuencias y sus implicaciones. El primer capítulo aborda estos y otros temas relacionados, lo cual da al lector un conocimiento básico de la obesidad desde diferentes perspectivas.

En el segundo capítulo se desarrolla todo lo relacionado a los factores psicológicos y emocionales que se encuentran alterados en una persona con obesidad o que se originan a partir de que se obesidad. Se describen términos psicológicos aplicados a diferentes temáticas. El capítulo dos da una fundamentación teórica de la relación que tiene lo psicológico y emocional con la obesidad. El capítulo tres aborda el papel del psicólogo en el tratamiento de la obesidad desde la perspectiva cognitivo-conductual y muestra cómo se desarrolla la intervención. Por último en el capítulo cuatro se habla de la importancia de la formación de un equipo multidisciplinario, qué profesionales participan y de qué manera en el tratamiento integral de la obesidad. Esta estructura se utilizó ya que de manera muy sencilla va de lo básico a lo más complejo de la problemática.

En la investigación documental que se realizó (debido a que no era el tema central) no se abordó a fondo la situación social y de salud que afecta a la población mexicana a causa de la obesidad, se recomienda abordar estos puntos. Es de suma importancia que en próximas investigaciones se documente cuál es la postura del gobierno ante este problema y qué está haciendo al respecto. Se recomienda recopilar información de las diversas leyes y programas que se han redactado y a qué se debe su poca eficacia, o ¿por qué no se aplican?, ¿existe la cultura y la conciencia de incluir al psicólogo en el tratamiento integral de la obesidad ya en la práctica terapéutica? Indagar si existen psicólogos capacitados para abordar los casos de obesidad y si los que hay son suficientes para cubrir la demanda. Plantear en posteriores investigaciones si el psicólogo tiene las habilidades para trabajar en diversos equipos multidisciplinarios.

Cuando se realiza una investigación documental existen diversas limitaciones para desarrollar más ampliamente el tema. Una limitante es que no se dispone de experiencias de viva voz de personas que padecen obesidad y cuáles han sido sus experiencias relacionadas con el tema en cuestión. En la investigación documental se recopila información de diferentes fuentes como lo son: libros, capítulos de libros, notas periodísticas, documentales, bases de datos, artículos experimentales, artículos teóricos, películas, tesis, entre otras fuentes.

Otra limitante es que no se puede realizar un experimento o estudio comparativo acerca del tema.

Se puede decir que en la actualidad no ha sido prioritario el abordaje de la obesidad desde la perspectiva psicológica, ya sea por desconocimiento o por cuestiones culturales. Sin embargo existe una influencia directa de ciertos factores psicológicos y emocionales con la obesidad.

Existen alteraciones psicológicas que pueden dar origen a la obesidad y en otros casos la obesidad es la causante de alteraciones psicológicas. Los factores o alteraciones psicológicas más comunes que se asocian con la obesidad son: la distorsión corporal, insatisfacción corporal, baja autoestima, depresión, ansiedad, estrés y se pueden desencadenar alteraciones en la sexualidad.

Muchas personas que padecen obesidad no están conscientes de la magnitud de su problema ya que tienen una distorsión corporal. Justifican o tratan de racionalizar su obesidad con frases como las siguientes: “tengo sólo algunos kilos de más”, “mi complexión es robusta”, “estoy gordita pero saludable”, “toda mi familia es gordita”. La persona que no es consciente de su obesidad y no asume la responsabilidad de su obesidad no hace nada para cambiar su situación.

La insatisfacción corporal muchas veces es consecuencia de la obesidad. Al no encajar con los estereotipos sociales de belleza la persona no acepta su cuerpo, no está satisfecha con su imagen corporal. Una persona que no se gusta a sí misma experimenta sentimientos de frustración, tristeza, enojo. La insatisfacción corporal también genera aislamiento social.

La baja autoestima puede ser causa y consecuencia de la obesidad. Individuos con baja autoestima tienden a descuidarse físicamente al grado de llegar a niveles de obesidad mórbida. La baja autoestima es una consecuencia común en muchos casos de obesidad. Esto puede desencadenar un círculo vicioso, en donde personas con baja autoestima comen ya que muchos alimentos (altos en calorías) les dan una sensación de felicidad aunque ésta sea temporal, lo cual ocasiona que al paso del tiempo se produzca un exceso de calorías y por

ende un aumento de peso, lo cual a su vez genera una baja autoestima en la persona. El patrón anterior también se presenta en casos de depresión.

En cuanto a la ansiedad y el estrés han sido considerados como factores que favorecen la obesidad. En algunos casos las personas que padecen obesidad no saben identificar sus emociones, algunos individuos confunden la sensación de ansiedad como el deseo de comer y lo mismo ocurre con el estrés. Una persona que se encuentra bajo mucho estrés, muchas veces no busca reducir su estrés con alguna técnica de relajación, reduce el estrés comiendo. La comida da una sensación de bienestar y alivio pero ésta es momentánea.

Algunas personas utilizan su obesidad como una manera de evadir sus problemas, situaciones que tienen miedo de enfrentar, su obesidad suele ser su coartada para “zafarse” de las situaciones que le generan algún tipo de conflicto interno, lo anterior se da muchas veces de manera inconsciente.

En el aspecto sexual la obesidad genera diversos problemas como el miedo o vergüenza a mostrar su cuerpo, y esto genera que la persona evite la intimidad. Las personas que padecen obesidad comúnmente se les dificulta conseguir una pareja debido a su aspecto físico, ya que no encajan con el estereotipo de belleza que ha impuesto la sociedad. Muchas veces la persona con obesidad tiene una baja autoestima y se aísla socialmente esto dificulta la posibilidad de intimar con alguien del sexo opuesto.

A través de la presente investigación se vio que la comida está cargada de simbolismos que generan en la persona diversas emociones. El simbolismo y la emoción que se generan son diferentes para cada persona y esto depende de sus experiencias, estilo de crianza, cuestiones culturales, etc. Aunque existen ciertos alimentos que gran parte de las personas lo asocian con algo en común, como los pasteles que para muchas personas simbolizan alegría, festividad, unión, gratificación, etc. Cuando una persona busca la comida para aliviar algún dolor emocional, tristeza, pérdida, o simplemente para experimentar esa alegría momentánea, el pronóstico es que poco a poco la persona aumente de peso hasta

el grado de la obesidad, ya que no cuenta con otra herramienta para calmar sus emociones.

Muchas veces las alteraciones psicológicas y psicopatologías surgen debido a que en la sociedad en la que vivimos la obesidad es rechazada. Las personas con obesidad son discriminadas, estigmatizadas, objeto de constantes burlas, y a veces hasta agresiones físicas. Lo anterior repercute en problemas de personalidad, deficientes interacciones sociales y psicopatologías, lo cual requiere intervención profesional.

El papel del psicólogo consiste en indagar si existe alguna causa emocional o psicológica que de origen a la obesidad. El psicólogo debe de cuestionar cuál es la motivación de la persona para que desee bajar de peso. El psicólogo diseñará un programa de intervención de acuerdo a las necesidades y circunstancias de la persona. La psicoterapia cognitivo-conductual permite que no sólo se modifique la conducta basándose en técnicas, también trabaja la modificación de los esquemas mentales de la persona. Cuando una persona logra cambiar su actitud y creencia hacia la comida, cambiará sus hábitos alimenticios. “Lo que hacemos es parte de lo que pensamos”. La terapia cognitiva-conductual aborda de manera integral los aspectos cognitivos y conductuales. Mediante diferentes técnicas como el automonitoreo, autocontrol, control de estímulos. En la reestructuración cognitiva se lleva un proceso de identificación, discusión y puesta a prueba de los pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de pensamiento.

El proceso terapéutico va encaminado no sólo al cambio de hábitos alimentarios, pensamientos disfuncionales respecto a la comida, el peso y del mismo cuerpo, sino que se brindan herramientas para desarrollar en la persona habilidades para que pueda lograr un cambio permanente, independientemente del contexto o situación en la que se encuentre.

El psicólogo debe de estar preparado para trabajar con un equipo multidisciplinario ya que el problema de la obesidad se debe de abordar desde diferentes perspectivas. El tratamiento integral de la obesidad debe estar

conformado por un médico, nutriólogo, psicólogo, entrenador, cirujano bariatra, endocrinólogo, asistente social, esteticista, cirujano plástico. Dependiendo del paciente se diseñará el tratamiento y son los profesionales que se requieran. La persona que padece obesidad debe de someterse a un proceso de reeducación integral en todo lo que respecta a su problemática, ya que de ella dependerá mantener los cambios logrados en la intervención multidisciplinaria.

La obesidad al ser una epidemia mundial (y en México particularmente es un problema grave que va en incremento) merece que se estudie e investigue más al respecto. Teniendo como prioridad buscar nuevas alternativas que sean efectivas para tratar de manera integral esta enfermedad. Más importante aún es fomentar en la sociedad la prevención. Las personas deben de saber qué es la obesidad, qué la causa, cuáles son sus consecuencias, que factores psicológicos y emocionales están relacionados, cuáles son los modelos de intervención, entre otra información básica, para esto se deben impulsar programas sociales que cubran esta necesidad.

REFERENCIAS

Álvarez, M. (2014). Medicamentos para adelgazar aprobados por la FDA. *Hablando de nutrición*. Recuperado de <http://hablandodenutricion.com/2014/09/05/medicamentos-para-adelgazar-aprobados-por-la-fda/>

Amaya, A. (2013). *Rol de la autoestima, factores biológicos y socioculturales sobre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva*. (Tesis de doctorado en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Arbeláez, G. (2014). El culto al cuerpo: orígenes de nuevas expresiones psicopatológicas en las mujeres. En Morandé, Graell, Blanco. (Comp.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. España: Panamericana.

Arroyo, P. (2010). La disponibilidad de alimentos en el microambiente familiar en México y su relación con la obesidad. En García, E., Kaufer-Horwitz, M. (Comp.). *La obesidad perspectivas para su comprensión y tratamiento*. México: Panamericana.

Barquera, C. S., Rivera, D. J., Campos, N. I., Hernández, D. L., Santos-burgoa, Z. C., Duran, V. E., Rodríguez, C. L.,....Hernández, A. M., (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Bravo, A., Espinosa, P., Mancilla, L., Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 115-123.

Campos, I., Barquera, S., Aguilar, C. (2012). Efecto de la obesidad sobre otras enfermedades crónicas y la mortalidad. En Rivera, D. j., Ávila, H. M., Salinas, A.C., Ortega, V. F. Rendón, M. C. (Comp.). *Obesidad en México recomendaciones para una política de estado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Castaño, V. (2011). *Los efectos de la disminución de peso mediante cirugía sobre las alteraciones fisiológicas y conductuales en pacientes obesos*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Cordero, R., (2004). *¡Me caes gordo! La discriminación light*. España: Plaza y Valdés.

Cordero, R., (2006). *Obesidad y autoestima*. España: Plaza y Valdés.

Corpus, F. (2005). Todo sobre el estrés. *Medicina Preventiva a tu Salud*, 13, 40-44.

Cuevas, A., Reyes, M. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista Médica Chilena*, 133(6), 713-722.

Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la UNAM. (2011) Creando Conciencia: La Obesidad en México. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=M39espINbqg>

Díaz, C., & Díaz, T. (2008). Obesidad y autoestima. Enfermería global. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*, 13, 1-10. Recuperado de <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/view/16131>

Escoto, P. (2008). Prevención de actitudes y conductas alimentarias alteradas. (Tesis de doctorado en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Foster, D., Wadden, A., Vogt, A. & Brewer, G. (1997). What is a reasonable weight loss: patients expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65, 79-85.

Galicia, M., & Simal, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(5), 116-119. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_5_obesidad.pdf

García, D. (2013, 10 de julio). México desplaza en obesidad a E. U; es número uno en el mundo. *Crónica*.

Gómez, C. (2015, 4 de enero). Sacar de medios de publicidad comida chatarra para niños, exige ONG. *La jornada*, pp. 26.

Gómez, M. (2014). *Propuesta de intervención cognitiva conductual y modificación de estilo de vida en la obesidad*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Facultad de psicología. UNAM, México.

Gómez-Peresmitre, G. & Ávila, E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana*, 6(2), 10-22.

Guillen, R., (2010). *Psicología de la obesidad: esferas de vida, complejidad y multidisciplina*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Gutiérrez, J.P., Rivera-Domarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernandez, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L.,.....Hernandez-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Guzmán, R., & Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: Un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 16(2), 37-50.

Hernández, F. (2008). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento conductual en la obesidad*. (Tesis de maestría en Psicología). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM, México.

Kazdin, A. (1994) Behavior modification in applied settings. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole

Labrador, F., (2010). *Ser gordo, sentirse gordo. Claves para el control emocional del peso*. España: Pirámide.

Lafuente, D., (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 14, 1490-1504. Recuperado de http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento_cognitivo_conductual_de_la_obesidad.pdf

Lladós, M. (2011). *Personalidad y psicopatología en el trastorno por atracón*. (Tesis de doctorado en Medicina). Facultad de medicina y ciencias de la salud. Universidad Internacional de Cataluña, España.

Maldonado, E. (2014). *Propuesta de intervención cognitivo-conductual y modificación de estilo de vida en la obesidad*. (Tesina de licenciatura en psicología). Facultad de psicología. UNAM, México.

Martínez, L. (2013). Aspectos psicosociales que influyen en el sobrepeso y la obesidad juvenil. (Tesis de licenciatura en Psicología). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM, México.

Méndez, N., Uribe, M. (2013). *Obesidad conceptos clínicos y terapéuticos*. México: Mc Graw Hill

Mercado, R., Pérez, C. (2010). *Propuesta de un programa de modificación de conducta, basado en la terapia cognitivo-conductual, para jóvenes adultos que*

padecen obesidad y quieren bajar de peso. (Tesis de licenciatura en psicología). Escuela de psicología. Universidad Salesiana, México.

Moreno, A., Rodríguez, B. (2005). "obesidad y psicopatología". En Moreno, A. (Ed.), *Obesidad y psiquiatría*. España: Masson.

Mouzo, J. (2014, 29 de mayo). Casi un tercio de la población mundial padece sobrepeso. *El país*.

Obesidad cuesta a México 200 mmd anuales: OCDE. (2014, 27 de mayo). *Proceso*.

Obesidad y sobrepeso afectan rendimiento laboral: OIT. (2014, 25 de diciembre). *La jornada*.

Obesidad, una epidemia mundial. (2014, 23 de mayo). *Proceso*.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO por sus siglas en inglés) (2013). The State of Food and Agriculture. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/018/i3300e/i3300e.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Padilla-Téllez, E., Ruiz, J. & Rodríguez-Orozco, R. (2009). Asociación depresión-obesidad. *Salud pública de México*, 51(4), 275-276.

Peña, M., Bacallao, J. (2000). "La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las américas". En Peña, M., Bacallao, J. (Ed.), *La pobreza en la obesidad un nuevo reto para la salud pública*. EE.UU: Organización panamericana de la salud.

Pope, W.; McHale, M. & Craighead, E. (1996). *Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.

Prieto, R., Fernández, S., Bolaños, P., Jáuregui, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1330-1348.

Raich, M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Universidad Autónoma de Barcelona, España; 22, 15-27.

„Razones de peso“: el documental sobre la epidemia de obesidad en México. (Enero 1, 2012). Recuperado de <http://youtu.be/Wxg6iqQQZYg>

Rehm, L. (1993). Métodos de autocontrol. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 655-683). Madrid: Siglo XXI.

Reynaga, A. (2004). Asociación y prevalencia de temperamento, carácter, ansiedad y depresión en una muestra de personas obesas en población abierta. Tesis de posgrado en psiquiatría. Facultad de medicina, UNAM. México.

Riviera, A. (2009). Trastornos físicos y psico-afectivos afectan la vida sexual de las personas obesas. Recuperado de <http://www.centrocirugialaparoscopica.com/pdf/La%20obesidad%20dificulta%20el%20placer%20en%20la%20cama.pdf>

Rivera, J., Velasco, A., Hernández, M., Aguilar., Vadillo, F., & Murayama, C. (2012). *Obesidad en México recomendaciones para una política de estado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Roche, E. Las emociones y el sobrepeso factores psicológicos de la obesidad. *End 2 End Nutrition*, 1-42. Recuperado de <http://www.end2endnutrition.es>

Rojas, R., Villalobos, A. (2010). Tendencias recientes de la prevalencia de la obesidad en México. En García, E., Kaufer-Horwitz, M. (Comp.). *La obesidad perspectivas para su comprensión y tratamiento*. México: Panamericana.

Sánchez, L., Fernández, R. (2002). Alteraciones psicopatológicas de la obesidad. *Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización*, 139-151.

Secretaria de Salud. (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. México: Secretaria de salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>

Secretaria de Salud. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México. Recuperado de <http://activate.gob.mx/Documentos/ACUERDO%20NACIONAL%20POR%20LA%20SALUD%20ALIMENTARIA.pdf>

Silvestri, E. & Estavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad; importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. *Posgrado en Obesidad a Distancia-Universidad Favarolo, Córdoba.*

Sobrepeso, enemigo de la sexualidad: psicóloga. (2014, 23 de febrero). *La jornada.*

Talamantes, E. (2010). *Evaluación de factores psicosociales en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.* (Tesis de maestría en Psicología). Facultad de Psicología. UNAM, México.

Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 33(2), 352-357. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182006000400003&script=sci_arttext

Unikel, C., Velázquez, V. & Kaufer-Horwitz, M. (2012). "Determinantes psicosociales del sobre peso y la obesidad". En Rivera, j., Ávila, M., Salinas, C., Ortega, F. Rendón, C. (Comp.). *Obesidad en México recomendaciones para una política de estado.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Vázquez, C. & De Cos, A. I. (2011). *Obesidad manual teórico- práctico*. España: Díaz de Santos.

Vázquez, V., López, J. (2001). Psicología y obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 91-96.

Villalobos, V. (2004). *Contribución de la psicología a la salud: obesidad. (Reporte de trabajo profesional en Psicología)*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM, México.

Vizcarra, I. (2010). *Factores psicológicos, psicosociales y socioculturales en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública en México*. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.