

Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos

Rosa Korbman de Shein*

RESUMEN

Se presentan características generales de la obesidad en adultos en México, incluyendo aspectos epidemiológicos, etiológicos, factores genéticos, complicaciones médicas, repercusiones socioeconómicas y psicológicas, así como tratamientos dietéticos, quirúrgicos, farmacológicos, actividad física y terapia conductual.

Palabras clave: Obesidad, epidemiología, genética, tratamientos, terapia conductual.

ABSTRACT

This paper presents general aspects of obesity in adults in Mexico, including epidemiological aspects, etiology, genetic factors, medical complications, socioeconomical and psychological aspects, as well as treatments: diet, physical activity, surgical and pharmacological aspects, including behavioral therapy.

Key words: Obesity, epidemiology, genetic, treatments, behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha transformado en una enfermedad mundial que no respeta clases sociales ni económicas. Las ciencias médicas han descubierto los efectos negativos del sobrepeso y la obesidad en la salud. Asimismo, se ha encontrado una relación alta entre obesidad y problemas cardiovasculares, endocrinológicos y diabetes, además de otras que son motivo de preocupación para la salud pública. Esto ocurre tanto en países desarrollados como en los del tercer mundo; es por eso que la obesidad comienza a considerarse como una epidemia que debe tratarse como una enfermedad.

En cuanto a las estadísticas, la ENSANUT 2006 (Encuesta Nacional de Nutrición)¹ señala que, en el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres (42.5%) que en mujeres

(37.4%), mientras que la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). La suma de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en los mayores de 20 años de edad fue de 71.9% para las mujeres (lo que representa 24'910,507 mujeres) y 66.7% de los hombres (16'231,820 hombres). Para poder averiguar cuándo una persona presenta obesidad o sobrepeso, la Secretaría de Salud Pública (2005)² recomienda basarse en el índice de masa corporal (IMC), que se calcula de la siguiente manera: kg/m^2 . Se considera sobrepeso cuando la masa corporal del individuo oscila entre 25-29.9 y con obesidad cuando se encuentra en o por arriba de 30. El *cuadro I*

Cuadro I. Índice de masa corporal y estado nutricional según la Secretaría de Salud Pública (2005).

Estado nutricional	IMC
Peso normal	20.0-24.9
Sobrepeso	25.0-29.9
Obesidad en 1er grado	30.0-34.9
Obesidad en 2do grado	35.0-40.0
Obesidad en 3er grado u obesidad mórbida	> 40.0

* Departamento de Psicología. Grupo Médico Pediátrico.

Recibido para publicación: 20/06/10. Aceptado: 26/07/10.

Correspondencia: Dra. Rosa Korbman de Shein

Fuente de Venus Núm. 19.

Lomas de Tecamachalco, Huixquilucan, Estado de México.

Tel: 5251-6297. Fax: 202-5443. E-mail: rosashein@gmail.com

muestra algunos estados nutricios para la población mexicana con base en el IMC.

La obesidad desde el punto de vista fisiológico, se define como el almacenamiento excesivo de tejido graso.³ De igual manera, la Secretaría de Salud Pública define tres tipos de obesidad: en primer grado cuando la masa corporal va de 30-34.9; obesidad en segundo grado cuando se encuentra entre 35-40 y finalmente obesidad en tercer grado o mórbida cuando la masa corporal se encuentra por arriba de 40.² Sin embargo, científicos de la Clínica Mayo⁴ han introducido un concepto nuevo: obesidad con peso normal. La obesidad con peso normal compete a la gente cuyo peso se considera normal para la estatura, pero con un nivel de grasa elevada, además de alteraciones cardiacas y metabólicas. Los nuevos resultados de la Clínica Mayo se contraponen a la amplia creencia de que mantener un peso normal protege automáticamente contra trastornos como colesterol alto y la tendencia a desarrollar el síndrome metabólico, que deriva en diabetes tipo 2. El estudio demuestra que inclusive las personas con peso normal podrían tener exceso de grasa corporal y estarían en peligro de sufrir anomalías metabólicas que deriven en diabetes y enfermedades cardiacas.

Este estudio plantea que debería cambiar el enfoque del IMC a algo completamente nuevo «es hora de medir diferente la grasa corporal como un factor de riesgo cardiaco».

ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

En la actualidad se tiene un conocimiento más amplio de los múltiples factores que inciden en la acumulación excesiva de grasa corporal. Aunque de manera simple pero válida, se debe a una excesiva ingesta energética que supera al consumo de energía normal de cualquier persona.⁴

De acuerdo con los factores que desencadenan la obesidad, se encuentran el aumento en el consumo de alimentos fabricados con excesivas calorías como pan, galletas, refrescos, papas fritas, lácteos endulzados, dulces, embutidos altos en grasas como salami, salchichas, chorizo, etcétera, que

producen un importante desequilibrio en la alimentación.⁵

Si se añade también el fenómeno de la urbanización, mismo que trae aparejada una disminución en la actividad física de la población en general, el aumento de horas en ver televisión, o una vida sedentaria en general, eso explica el incremento de la obesidad y sus complicaciones a nivel mundial. Entre los distintos factores que influyen en el sobrepeso y la obesidad se cuentan los genéticos, psicosociales, nutricionales, metabólicos y endocrinos, que frecuentemente deben considerarse en forma conjunta.⁶

FACTORES GENÉTICOS

Se tiene conocimiento que el exceso de grasa corporal representa 25% de la causalidad, 30% de la transmisión cultural y 45% de otros factores ambientales no transmisibles; por lo tanto, la herencia cultural y la herencia genética son los elementos fundamentales que llevan a la obesidad.⁶

Asimismo, en diferentes investigaciones se ha encontrado una estrecha relación entre los IMC de los padres con los de sus hijos, así como estudios entre gemelos idénticos, lo que sugiere que tanto los genes como el ambiente familiar contribuyen a la obesidad.⁷

Otra teoría que ha comprobado la transmisión de la obesidad a través de los genes es la teoría del *set point*,⁵ que explica que el peso está regulado íntimamente por una relación compleja de factores hormonales y metabólicos, considerando que el equilibrio entre los factores genéticos y el consumo de alimentos determina el peso corporal.

Cada persona tiene un *set point*, en el cual se establece su peso corporal que puede ser alto o bajo y dicho punto se puede determinar hereditariamente. En el incremento del *set point* también puede influir la nutrición, ya que la sobrealimentación puede restablecerlo, llevándolo a un nivel más alto.

Dicha sobrealimentación puede desencadenar la creación de nuevos tejidos adiposos que son difíciles de eliminar; por lo tanto, el sujeto con un equilibrio de energía crónico positivo, es decir, demasiado alto, continuará subiendo de peso durante

toda su vida y tendrá mayores dificultades tanto para bajar de peso como para mantenerse en él.

Por ejemplo, si un hijo y nieto de personas obesas tiene una predisposición genética a ser obeso y su *set point* es elevado, y si además a esto le sumamos la sobrealimentación, su *set point* se incrementará aún más, determinando un problema de obesidad durante el resto de su vida, a menos de que se le alimente en forma apropiada, de modo que el *set point* se establezca sólo por factores hereditarios y no por factores ambientales, lo cual le ayudará a tener un peso adecuado.

Por otra parte, se han hecho numerosos estudios para identificar el gene o genes del que depende la obesidad; sin embargo, no se han logrado conocer en su totalidad aunque se tiene conocimiento de que el gen *leptina* participa activamente en el desarrollo de la obesidad abdominal. Se ha llegado a la conclusión de que el origen de esta enfermedad es poligénico.

COMPLICACIONES MÉDICAS

Entre las complicaciones médicas que figuran en la obesidad se encuentran: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, alteraciones ortopédicas, cambios neurológicos, afecciones pulmonares, gastrointestinales y endocrinas, resistencia a la insulina, así como aumento del colesterol de baja densidad y triglicéridos, alteraciones menstruales, diabetes mellitus tipo 2.⁸

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA OBESIDAD

En México se ha encontrado un mayor porcentaje de población obesa y con sobrepeso en los sectores socioeconómicos bajos con pobreza patrimonial. En cuanto a los aspectos psicológicos, por una parte, a la fecha no existe una definición precisa de la personalidad del sujeto obeso, ni tampoco alguna alteración psiquiátrica determinada. No obstante, algunas características psicológicas que se asocian a las personas obesas son: dependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de introspección y baja autoestima.⁹

Aunque se sabe que la psicopatología que acompaña a la obesidad no es la causa primaria de ésta; sin embargo, en el tratamiento debe tomarse en cuenta si se considera que existe algún factor psicológico que interfiere con el manejo de la misma y se recomienda una evaluación psicológica o psiquiátrica llevada a cabo por un especialista.

Entre las consecuencias psicológicas que suelen presentarse en las personas con sobrepeso u obesidad se encuentran: baja autoestima debida a la discriminación y a la sensación del sujeto de sentirse inferior en lo que respecta a su apariencia física.

La depresión es otro síntoma común en el obeso que, al no poder alcanzar su meta, tiene que resignarse a seguir siendo obeso y este estado persiste debido a que le es sumamente difícil cumplir una dieta, generándose en él culpa y ansiedad por no lograr cumplir los objetivos que se propone o le proponen.

Otro aspecto importante en la obesidad sobre todo en la mujer, se refiere a la imagen corporal. La sociedad ha llevado a asociar el ser delgado con belleza y, en contraparte, el sobrepeso y la obesidad como condición negativa y un pobre control de sí mismo.

En la práctica médica se encuentran algunos profesionales de la salud que, al percibir la obesidad en su paciente como algo negativo, recriminan su conducta alimentaria, lo que hace sentir al paciente como irresponsable, o falta de criterio, en lugar de tratarlo como un ser global y entender sus motivaciones psicológicas, sociales y fisiológicas que lo han llevado a ese estado. El mensaje que envía el médico es: si estás obeso, es porque no sabes comer o no quieres comer bien, tú eres responsable de tu obesidad.

Asimismo, se presenta la estigmatización de las personas con estos padecimientos, ya que los demás tienden a criticarlo en su falta de autocontrol y descuido; se asocia también a una persona obesa como ociosa, falta de limpieza y de voluntad para hacer dieta y ejercicio. Sin embargo, no es válido asumir que la obesidad depende únicamente del sujeto, sino que debemos tomar en cuenta también los factores ambientales y sociales que lo llevaron a desencadenar este padecimiento.

En la actualidad, la obesidad se ha vinculado con el incremento de la mortalidad y morbilidad, por lo que el sujeto obeso, además de sentirse frustrado por su apariencia física, también se enfrenta con las enfermedades que son resultado de la obesidad.¹⁰

FÁRMACOS QUE INDUCEN EL AUMENTO DE PESO

Se sabe de algunos fármacos que propician el aumento de peso, entre los que figuran los glucocorticoides, antidepresivos, ciproheptadina, fenotiazinas, litio progestágenos y otras hormonas esteroideas.¹¹

Generalmente se encuentra aumento de peso y sensación de hambre al dejar de fumar, lo cual se explica porque la nicotina tiene cierto efecto supresor sobre el apetito.

TRATAMIENTOS

Dietas

Existen múltiples combinaciones de dietas cuyo objetivo es lograr la reducción de la cantidad de tejido graso y el peso corporal. Debe ser equilibrada en cuanto a nutrientes y para que funcione depende del compromiso del individuo y su adherencia a la misma, así como del involucramiento de la familia que puede ayudar como soporte.¹²

Actividad física

Es imprescindible agregar un programa de actividad física que por lo menos se realice cuatro veces a la semana, preferentemente supervisada y adecuada a cada paciente.

El ejercicio ayuda a disminuir otras enfermedades derivadas de la obesidad, como el síndrome metabólico, además mejora la calidad de vida y evita las complicaciones de estos trastornos.¹³

Tratamiento quirúrgico

Este tratamiento debe ser reservado para pacientes en quienes el tratamiento médico ha fallado y con

serias complicaciones debidas a una obesidad extrema, con un IMC > 40 o bien en pacientes con IMC alrededor de 35, que presenten factores de riesgo asociados a la obesidad.

La cirugía gastrointestinal debe aplicarse en personas obesas motivadas que presenten poco riesgo quirúrgico.¹¹

Uso de fármacos

En el tratamiento de la obesidad, además del ejercicio y una alimentación equilibrada, en ocasiones es necesario el apoyo farmacológico. La finalidad del uso de fármacos es ayudar a alcanzar una pérdida de peso aceptable siempre y cuando el medicamento sea seguro en su utilización y se emplee en personas con un IMC 30 o mayor; con IMC 27 y con factores de riesgo o comorbilidades asociadas, así como en aquellos pacientes que requieran cirugía y cuyo peso los coloca en un riesgo elevado.¹¹

Terapia conductual

Esta terapia es un componente importante en un programa de reducción de peso. Se basa en el principio de que las emociones del ser humano, su personalidad, su pensamiento y su conducta están determinados por los principios del aprendizaje.

El aprendizaje de nuevas conductas deber ser el objetivo de todo programa de pérdida de peso y es a través de los principios científicos de la psicología cognitivo-conductual que se ponen en práctica diversos modelos para lograr un reaprendizaje en el sujeto y, con ello el cambio de conducta.⁵

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Nutrición (2006). México: Secretaría de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Secretaría de Salud Pública; 2006.
2. www.ssp.qob.mx
3. Campollo R. Obesidad, bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa; 1995.
4. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Nuevos conceptos sobre la obesidad. 2008; 6 (2).
5. Shein R. Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes. Guía Práctica para Psicólogos, Nutriólogos, Padres y Maestros. México: Trillas; 2007.

6. Szydlo S, Woolston J. Infant and childhood obesity. In: Wiener J, Dulcan M et al. The textbook of child and adolescent psychiatry. 3rd ed. EUA: The American Psychiatry Publishing; 2004. p. 691-706.
7. Hebebrand J, Wulfhange H, Goerg T. Epidemic obesity: Are genetic factors involved via increased rates of assertive mating? *Int Obes Relat Metab Disord* 2000.
8. Dietz H. The causes and health consequences of obesity in children and adolescents. *Pediat J* 1998; 101 (3): 518-525.
9. Calzada R, González D, Martínez M, Gutiérrez M. Etiología y fisiopatogenia de la obesidad. En: *Obesidad. Consensos*. México: McGraw-Hill; 2002. p. 11-24.
10. Gracia-Arnaiz M. Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario. *Sal Pub* 2007; 49: 236-242.
11. González J, Villaseñor A, Cortés E, Castro G. Panorámica sobre el uso de fármacos para tratar la obesidad. En: *Obesidad. Consensos*. México: McGraw-Hill; 2002. p. 99-114.
12. Vargas L, Ávila H, González J, Fanghänel G, Hernández H, Lerman I, Santos M, Fernández M, Dávalos A. Epidemiología de la obesidad en México. En: *Obesidad. Consensos*. México. McGraw-Hill; 2002. p. 25-48.
13. Fletes V, Solano A, Lozano O. Nutrición, actividad física y terapia conductual en el control de la obesidad. En: *Obesidad. Consensos*. México: McGraw-Hill; 2002. p. 49-62.