



Vol. 21 No. 1

Marzo de 2018

## DIFERENCIAS EN COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y PROBLEMAS EN PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESOS

Jorge Luis Salinas Rodríguez<sup>1</sup>, Alfredo Fermín González Díaz<sup>2</sup>, Violeta Espinosa Sierra<sup>3</sup> y Héctor Eduardo González Díaz<sup>4</sup>  
 Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
 Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

En México, siete de cada 10 adultos tienen sobrepeso y obesidad, ésta tiene causas multifactoriales, pero poco se ha investigado sobre aquellas experiencias y comportamientos de personas con obesidad, pues se le da importancia a factores médicos y al análisis general de la personalidad desde la psicología. El presente trabajo tiene como objetivo determinar las diferencias en conductas de riesgo (bulimia y pensamientos suicidas) y problemas por su obesidad entre personas con sobrepeso y obesas. Los sujetos fueron 382 personas de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS del Estado de México a los cuales se les determinó su Índice de Masa Corporal (IMC) y fueron clasificados con sobrepeso (IMC= 25-30) y obesidad (IMC=30->40). Se les aplicó un cuestionario con respuesta dicotómica de 12 preguntas relacionadas con problemas que enfrentaban y comportamientos de riesgo. Los resultados y el análisis de los datos señalan que a mayor sobrepeso y obesidad las personas experimentan más problemas que les suponen mayor ansiedad, tienen prácticas de riesgo (bulimia y pensamientos suicidas) y aceptan más su obesidad como forma de disonancia cognitiva para lidiar con la ansiedad. Se propone la atención multidisciplinaria de profesionales de la salud física, de psicólogos y psiquiatras.

**Palabras Clave:** Sobre peso, Obesidad, Experiencias, Comportamientos de riesgo, Trastornos, Ansiedad, Depresión.

<sup>1</sup> Profesor de Carrera del área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: [jorgeluisunam@gmail.com](mailto:jorgeluisunam@gmail.com)

<sup>2</sup> Profesor de Carrera de Medicina en la FESI. Correo Electrónico: [alfredod@unam.mx](mailto:alfredod@unam.mx)

<sup>3</sup> Profesora de Asignatura del área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: [unamvio@gmail.com](mailto:unamvio@gmail.com)

<sup>4</sup> Profesor de Carrera de Medicina. Correo Electrónico: [dr\\_hgdiaz@hotmail.com](mailto:dr_hgdiaz@hotmail.com)

# DIFFERENCES IN RISK BEHAVIORS AND PROBLEMS IN PERSONS WITH OVERWEIGHT AND OBESES

## ABSTRACT

In Mexico, seven out of 10 adults are overweight and are obese, this has multifactorial causes, but little has been investigated about those experiences and behaviors of people with obesity, because importance is given to medical factors and the general analysis of personality from the psychology. The objective of this study is to determine the differences in risk behaviors (bulimia and suicidal thoughts) and problems due to obesity among overweight and obese people. The subjects were 382 people from a Family Medicine Unit of the IMSS of the State of Mexico, who were determined their Body Mass Index (BMI) and were classified as overweight (BMI = 25-30) and obesity (BMI = 30- > 40). They were given a questionnaire with a dichotomous answer of 12 questions related to problems they faced and risk behaviors. The results and analysis of the data indicate that the more overweight and obese people experience more problems that involve greater anxiety, risk practices (bulimia and suicidal thoughts) and accept more their obesity as a form of cognitive dissonance to deal with the anxiety. The multidisciplinary care of physical health professionals, psychologists and psychiatrists is proposed.

**Keywords:** Overweight, Obesity, experiences, risk behaviors, disorders, anxiety, depression.

La obesidad y el sobrepeso son flagelos mundiales para la salud de las personas. Generalmente, la obesidad se produce por la acumulación excesiva en el organismo de reservas de energía en forma de grasa. El índice de masa corporal (IMC) ha sido 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 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

En el caso de los adultos, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- sobrepeso: IMC igual o superior a 25.
- obesidad: IMC igual o superior a 30.
- Obesidad Mórbida: IMC igual o superior a 40.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades.

Las estimaciones recientes de la OMS (2017), a nivel mundial señalan que en 2016 existen más de 1900 millones de adultos de 18 o más años que tenían sobrepeso, de ellos más de 650 millones eran obesos; en este mismo año, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. En general, en 2016 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado. A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia (OMS, 2017). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud señala que en algunos países latinoamericanos como México, las tasas de obesidad son intermedias (18.6% en hombres y 28.1% en mujeres), pero cercanas a las de países desarrollados como EUA (31% en hombres y 33.2% en mujeres) e Inglaterra (22.3% en hombres y 23% en mujeres).

En México, en la actualidad, millones de personas están afectadas por el sobrepeso y la obesidad, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) evaluó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos encontrando que siete de cada 10 adultos (prevalencia combinada de 72.5%) continúa padeciendo exceso de peso (sobrepeso u obesidad) respecto a la cifra de 2012 de 71.2%. Se encuentra un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (prevalencia combinada de 75.6%) y en hombres adultos (prevalencia combinada de 69.4%) se observa un incremento continuo en zonas rurales, en el que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (67.5%) aumentó 10.5% respecto a 2012.

El problema principal estriba en que un IMC elevado, indicando sobrepeso y obesidad, es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes: las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy incapacitante), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

El costo económico asociado al tratamiento de enfermedades y discapacidades que se producen por el sobrepeso y la obesidad es demasiado elevado en relación al costo por la prevención que están relacionados con el cambio en hábitos alimentarios saludables, de comportamiento, como es hacer ejercicio, higiene de sueño y evitar el alcohol y el tabaquismo. El Instituto Mexicano para la competitividad (IMCO) elaboró un análisis de costo de la atención respecto a la diabetes en el año 2012 y estimó, cuando ésta es declarada, que el costo era muy elevado para las instituciones de salud e insostenible económicamente para las personas que no tienen algún tipo de seguridad social y de salud: tan sólo el tratamiento de la diabetes -enfermedad asociada al sobrepeso y la obesidad-, en ese año, el costo individual por año era de \$82,294 y con complicaciones subía a hasta \$1,976,054 pesos. El mismo IMCO, con base en las tasas de crecimiento de la población y supuestos sobre el rumbo de los costos unitarios por paciente, hizo una proyección sobre la evolución de los costos agregados de tratamiento. Sus muestran que, aún bajo un escenario optimista donde los costos del tratamiento caen 30% debido a las economías de escala dentro del sistema de salud, dichos costos ascenderían a más de 50 mil millones de pesos anuales al final de este sexenio, lo que implica una fuerte carga sobre las instituciones de salud.

Se ha considerado que la obesidad tiene causas multifactoriales (genética, neuroquímica, metabólica, celular, hormonal, psicológica, social y cultural) (Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006), aunque se ha enfatizado sobre las causas médicas. Sin embargo, además de las consecuencias y causas médicas,

laborales, económicas y sociales, las personas con sobrepeso y obesidad puede verse severamente afectada psicológica y emocionalmente. Esto puede ocurrir por diferentes motivos. Una persona con sobre peso u obesa puede sentirse menos importante que los demás, ya que esas personas suele considerarse menos atractivas desde el punto de vista estético. Por este motivo, las personas con sobrepeso u obesa puede sentirse excluidas y tener problemas de autoestima, sufrimiento emocional y suelen llegar a la depresión. Esto puede provocar que la persona se aíslle del mundo exterior para evitar mostrarse en público, lo cual le llevaría a un estado depresivo aún más grave.

Voznesenkaya y Vein (2002; citados en Villaseñor, Ontiveros y Cárdena, 2006), demostraron que 60% de personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como una forma patológica de defensa, propia de personas inmaduras, con tendencias ansiosas y depresivas. A esta alteración de la conducta se le denominó “conducta alimentaria emocional” o hiperfagia al estrés, cuando la ingestión de alimentos no se relaciona con la sensación de hambre, sino con malestar psicológico (aburrimiento, angustia o dificultad para resolver los problemas). La obesidad en este caso, puede ser considerada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico y social.

Delgado et al (2002, citado en Lazarevich y Rodríguez, 2003), estudiaron la psicopatología en pacientes susceptibles a someterse a cirugía bariátrica (cirugía de resección gástrica), y encontraron historia familiar de obesidad en 82.5% de los casos, acompañada de antecedentes familiares de depresión en 37% y antecedentes de enfermedades psiquiátricas en 36%. El 27% de los participantes admitieron padecer trastorno compulsivo de la conducta alimentaria y 46.3% fueron consumidores de carbohidratos. La existencia de psicopatología (ansiedad-insomnio) en 46% de los casos en el mismo grupo refuerza los estudios anteriores que demostraron una tasa más alta de psicopatología, principalmente ansiedad, en personas obesas que en los de peso normal.

Igualmente, Lazarevich y Rodríguez en el 2003 mencionan que Ahlborg et al, en el 2002, observaron una correlación positiva entre depresión y ansiedad en hombres con obesidad, lo que sugiere un efecto negativo del cortisol sobre el bienestar

psicológico. El exceso de cortisol durante el estrés prolongado estimula la ingestión de alimentos, aumenta la grasa abdominal y puede ser la causa de depresión en forma simultánea con alteraciones metabólicas. La respuesta patológica al estrés –consumo de alcohol, tabaquismo y atracones alimentarios– puede variar conforme a los estilos conductuales y género del individuo. Los trastornos de personalidad también pueden estar implicados en la progresión de obesidad, hiperinsulinemia y dislipidemias. Es importante identificar, asimismo, las alteraciones de la conducta alimentaria en los pacientes obesos (trastorno compulsivo y nocturno de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado) que pueden contribuir a la causa, mantenimiento o recaídas de la obesidad, y que se relacionan con alto nivel de ansiedad.

Guisado et al (2002), analizaron la psicopatología de un grupo de 100 pacientes con obesidad mórbida que habían recibido el tratamiento quirúrgico para perder peso. Dieciocho meses después de la cirugía 40% cumplió con los criterios de CIE-10 de patología psiquiátrica: trastornos afectivos, de ansiedad, trastorno compulsivo de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y dependencia al alcohol. Asimismo, la obesidad conduce al desarrollo de nuevas afecciones psiquiátricas, que pueden ser el resultado de que el paciente obeso está sometido a múltiples problemas psicológicos, como la discriminación social que conlleva consecuencias graves de la conducta, la estigmatización (Korbman de Shein, 2010); también, experimentará limitaciones personales, laborales y sexuales (Mancilla, Durán, Ocampo y López, 1992). que conducen a la disminución de autoestima y al aislamiento. Es importante señalar la importancia del entorno en la conducta de consumo de alimentos y de los esfuerzos por moderarlos, ya que es en las familias disfuncionales y que ejercen más presión en donde existen más personas obesas y con sobrepeso, afectando negativamente los intentos de bajar de peso (Jaramillo-Sánchez, Espinoza- de Santillana y Espíndola -Jaramillo, 2012).

El tratamiento desalentador con los ciclos de pérdida-recuperación de peso corporal también repercute en el bienestar psicológico, lo que se refleja en la pérdida de interés por adelgazar, por ejemplo. Debido a que la ingestión de

alimentos mejora el estado de ánimo, por el aumento de las concentraciones de serotonina cerebral, en muchos casos una restricción alimentaria durante la dieta hipocalórica se acompaña de depresión que puede llevar al rechazo del tratamiento.

No se pueden hacer conjeturas concretas de la posible contribución de factores entre obesidad y disfunción psicológica, pero ha sido establecida claramente, la relación que entre ellas hay, como lo demostraron en su estudio Roberts et al (2000); estos investigadores especialmente observaron aumento de la prevalencia de depresión cuando hay un mayor grado de obesidad, sobre todo en las personas consideradas con obesidad severa ( $IMC \geq 40$ ). Onyike, Crurn, Lee, Lyketsos y Eaton, en el 2003, también encontraron que 30% de los pacientes (en su gran mayoría mujeres) con desorden del atracón están deprimidos y presentan autoestima baja y mayor insatisfacción corporal, en comparación con los controles no obesos. Efectivamente, los efectos psicológicos y emocionales de la obesidad también pueden provocar severos trastornos alimenticios. Los más comunes son los atracones de comida, sobretodo después de situaciones que pueden provocar inestabilidad emocional y en los casos de los hombres o mujeres mas jóvenes, puede llevar a trastornos alimenticios como la bulimia.

En ese sentido, Wardle et al (2001), analizaron una muestra de mujeres obesas con desorden del atracón, insatisfacción corporal, y su relación con restricción de alimentos y depresión; sus hallazgos mostraron que estos cuatro elementos están íntimamente relacionados, y al tratar la depresión con medicamentos, y mejorar la insatisfacción corporal con terapias psicológicas, mejora el curso del desorden del atracón, y por lo tanto el éxito terapéutico incrementa su porcentaje.

Como se estableció previamente, otra consecuencia de la obesidad son los ataques de ansiedad. El sufrimiento emocional y afectivo puede hacer que la persona padezca ataques de ansiedad y que busque refugiarse en la comida, empeorando aún más su situación (Greeno, Wing, y Shiffman, 2000). Es reconocido que las fuentes de ansiedad en todas las personas están relacionados con el rechazo, la autovaloración negativa y diversas presiones para satisfacer las demandas de su ambiente, pero en aquellas personas con sobrepeso y las obesas

tales fuentes se suman a aquellas que tienen las personas con normopeso, generando estrés adicional (discriminación, presiones para controlar su peso, rechazo a su cuerpo, entre otras) derivado de las características físicas y limitaciones de personas con un peso elevado. Por ejemplo, Friedman et al (2002) consideraron que la imagen corporal es un potencial mediador de la relación entre obesidad y ansiedad, lo cual demostraron con una investigación realizada con hombres y mujeres obesos que completaron el cuestionario multidimensional de la relación del propio cuerpo, el inventario Beck de depresión, la escala de autoestima Rosenberg, y la escala de atracción, que mostraron la satisfacción con la imagen corporal media y parcialmente la relación entre el grado de sobrepeso, depresión y baja autoestima. El antecedente que utilizaron para esta investigación es que individuos obesos que estaban buscando reducir peso demostraban una alta prevalencia de ansiedad en comparación con individuos obesos sin este interés de reducir peso.

De esta manera, la fuerte presencia confirmada de la depresión y la ansiedad en personas con sobrepeso y obesidad viene de las condiciones de vida y las demandas que enfrentan cotidianamente en las que están inmersos y muchos hechos se concatenan para dichos trastornos ocurrir con gran frecuencia en estas personas. Por ejemplo, influye es el hecho de que las personas con exceso de sobrepeso no pueden llevar a cabo su vida normalmente. Muchas cosas que parecen normales no están pensadas para personas obesas, por lo cual y por ejemplo, algo tan simple como viajar en autobús puede convertirse en una situación mortificante para una persona que padece de obesidad. Esto se debe a los espacios físicos reducidos y a la sensación permanente de que todos le están mirando. Comprar ropa o accesorios también puede resultar una odisea para aquellas personas que padecen de obesidad. Todo esto lleva a que una persona que padece un exceso de sobrepeso pueda sentir que no tiene su lugar y no encaja en esta sociedad. En los casos más extremos, los efectos psicológicos pueden ser muy graves llegando incluso a la depresión y a las ideas de suicidio y el suicidio mismo.

Por otro lado, las personas obesas suelen sufrir también una estigmatización social por su aspecto físico, que puede estar asociado a una aversión hacia la gordura, muy extendida en muchas sociedades occidentales.

Las personas obesas pueden tener afectada su imagen corporal y su autoestima y, en muchos entornos sociales, como los educativos o laborales, encuentran reacciones de rechazo o discriminación, lo cual puede generar, entre otras situaciones la aparición y el mantenimiento de respuestas de ansiedad y depresión que se asocian a su vez a mayor consumo de alimentos hipercalóricos para satisfacer físicamente la demanda del cuerpo por la presencia de cortisol por la ansiedad constante y emocionalmente como un mecanismo de compensación emocional, volviéndose esto un círculo vicioso que haga que se mantenga el peso y la obesidad.

Si bien es cierto que la ansiedad y la depresión están relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, se ha puesto poco interés en algunos hechos que la persona con estas condiciones enfrentan y que, se asume, potencialmente pueden generar tales trastornos. Una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia inefectiva para controlarlas (Berch, 2006).

Es importante recabar información sobre eventos de la vida cotidiana de las personas que pueden estar vinculados con la generación y mantenimiento del estrés y la depresión y su relación con la clasificación de la persona conforme a su Índice de Masa Corporal (sobrepeso y obesidad). En este trabajo, partimos de la hipótesis de que a mayor peso o tendencia a la obesidad mayor será la probabilidad de experimentar presiones por parte de su entorno (incluyendo a las personas) mayor frecuencia de experimentar pensamientos de suicidio. Obtener dicha información es importante para orientar las intervenciones psicológicas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

El objetivo del presente estudio es determinar si en una población de personas con sobrepeso y obesidad existen diferencias significativas respecto a experimentar problemas por su sobrepeso (como es la discriminación, las presiones para bajar de peso, su percepción respecto a su peso, la comida, entre

otras; de los cuales se asumen como eventos ansiógenos) y comportamientos de riesgo (pensamientos suicidas y bulimia) en su vida cotidiana.

## MÉTODO

### Sujetos.

382 personas, 182 (47.6%) son del sexo femenino y 200 (52.4%) varones, que asistieron a consulta u orientación médica en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) urbana del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Estado de México. El estado civil que prevalece en la muestra es de 213 (55.8%) casados, seguido de 109 (28.5%) solteros, 16 (4.2%) personas en unión libre y 19 (5.0%) divorciados y/o separados, y 15 (3.9%) que no especificaron su estado civil. El nivel de estudios con mayor incidencia fue el de secundaria (172 personas), seguido por primaria (98 personas) y con preparatoria (70 personas). El promedio de peso fue de 78.801 kilos, siendo el peso menor de 53.4 y el mayor de 138.0 kilos (rango de 84.6 kg).

### Instrumentos y aparatos.

Báscula manual, con barra de altura en centímetros, cinta métrica elástica, calculadora digital, hojas de registro y cuestionario con las siguientes preguntas con respuesta dicotómica (SI, NO):

1. ¿Tiene problemas con la gente por su sobrepeso?
2. ¿Se siente triste por causa de su sobrepeso?
3. ¿Le hacen bromas por su sobrepeso?
4. ¿Le han puesto apodos por su sobrepeso?
5. ¿No le invitan a participar en actividades grupales?
6. ¿Ha tenido pensamientos sobre el suicidio por su sobrepeso?
7. ¿Ha tenido comportamientos de atascarse con la comida y luego va a vomitar?
8. ¿Acepta o disfruta su sobrepeso?
9. Gusta o disfruta de la comida?
10. ¿Le preocupa su sobrepeso?

11. ¿Ha tenido problemas con sus familiares por suspender su dieta?
12. ¿ Su familia y gente cercana a Ud. le presionan para bajar de peso?

#### PROCEDIMIENTO.

Durante un periodo de seis meses, como rutina, el médico familiar envío al paciente que identificaba con sobrepeso y obesidad al Servicio de Medicina Preventiva en la UMF y se le explicó a éste que se le tomarían medidas de peso, talla y otras mediciones de laboratorio, que no son relevantes para el presente trabajo; se le informó también que se le daría una hoja con preguntas que se contestaban con un SI o NO, explicándole que tenía derecho a elegir si lo querían contestar o no y se le hizo firmar el consentimiento informado. Una vez entregado el cuestionario por parte del paciente se le reitero la confidencialidad de sus datos en esta investigación y se agradeció su participación. Se clasificaron a los participantes de acuerdo a la medición de su Índice de Masa Corporal (IMC) de acuerdo a los siguientes criterios:

Grupo 1. IMC= de 25 a 29.9 con SOBREPESO

Grupo 2. IMC= 30 a > 40 con OBESIDAD (que incluye obesidad I, II y III o mórbida)

#### RESULTADOS.

Para la presentación de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS, ver. 20, en donde se vació la información del cuestionario aplicado y los datos de identificación del expediente médico. Se presenta tablas de frecuencia total de la muestra y por grupo.

La clasificación, conforme al Índice de Masa Corporal (IMC) de las personas entre sobrepeso y obesos generó la siguiente distribución: Sobre peso fueron 202 (52.9%) personas y obesos fueron 180 (47.1%). La distribución de la población de acuerdo al IMC, se aprecia en la tabla 1.

	Frecuencia	Porcentaje
25 - 29.9 SOBREPESO	202	52.1
30 – 40 > OBESIDAD I, II y III	180	47.9
Total	382	100.0

Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo a IMC.

Las respuestas conjuntas al cuestionario para ambos grupos (sobrepeso y obesos) se resumen en la tabla 2.

EXPERIENCIAS	SI	%	NO	%
1. Problemas con la gente por sobrepeso/obesidad	57	14.9	325	85.1
2. Tristeza por sobrepeso/obesidad	76	19.9	306	80.1
3. Bromas por sobrepeso/obesidad	92	24.1	290	75.9
4. Apodos por sobrepeso/obesidad	92	24.1	290	75.9
5. No lo invitan a participar en actividades grupales	63	16.5	319	83.5
6. Pensamientos suicidas	48	12.6	334	87.4
7. Bulimia	60	15.7	322	84.3
8. Acepta y disfruta sobrepeso/obesidad	109	28.5	273	71.5
9. Disfruta comer	219	57.3	163	42.7
10. Le preocupa sobrepeso/obesidad	153	40.1	229	59.9
11. Problemas con familia por suspender dieta	66	17.3	316	82.7
12. Presión de allegados para bajar de peso	70	18.3	312	81.7

Tabla 2. Frecuencia de respuestas conjuntas de personas con sobrepeso y obesas.

En los resultados por grupo, destaca una tendencia de los obesos a responder positivamente a la experimentación de eventos asumidos como ansiógenos (no invitarlos a eventos de grupo, las bromas, apodos, la preocupación por el sobrepeso y los problemas con la familia por suspender dieta, entre otras), véase tabla 3. Llama la atención, en estos resultados, que los obesos reportan una frecuencia mayor de conductas de bulimia (39), mientras que las personas con sobrepeso muestran menor cantidad (21); asimismo, la presencia de

pensamientos suicidas es mayor en los obesos (34) respecto a las personas con sobrepeso (14). Por otro lado, los obesos muestran mayor cantidad de respuestas de aceptación de su condición de obesidad (62) que las personas con sobrepeso (47). Las personas con sobrepeso reportan mayor frecuencia a responder positivamente respecto a disfrutar con la comida (117) que los obesos (102). Finalmente, tanto obesos como las personas con sobrepeso muestran frecuencias de respuesta positiva a tener problemas con la familia por suspender la dieta y la presión de la familia y su gente cercana para bajar de peso.

		<b>1. Problemas con la gente por sobrepeso/obesidad</b>					
<b>Sobrepeso</b>			<b>Obesos</b>				
Respuestas			Respuestas				
	SI	NO	Total	SI	NO	Total	
Frecuencia	23	179	202	34	146	180	
Porcentaje	11.4	88.6	100	18.9	81.1	100	
<b>2. Tristeza por sobrepeso/Obesidad</b>							
<b>Sobrepeso</b>			<b>Obesos</b>				
Respuestas			Respuestas				
	SI	NO	Total	SI	NO	Total	
Frecuencia	41	161	202	35	145	180	
Porcentaje	20.3	79.7	100	19.4	80.6	100	
<b>3. Bromas por sobrepeso/obesidad</b>							
<b>Sobrepeso</b>			<b>Obesos</b>				
Respuestas			Respuestas				
	SI	NO	Total	SI	NO	Total	
Frecuencia	40	162	202	52	128	180	
Porcentaje	19.8	80.2	100	28.9	71.1	100	
<b>4. Apodos por sobrepeso/obesidad</b>							
<b>Sobrepeso</b>			<b>Obesos</b>				
Respuestas			Respuestas				
	SI	NO	Total	SI	NO	Total	
Frecuencia	44	158	202	48	132	180	
Porcentaje	21.8	78.2	100	26.7	73.3	100	
<b>5. No lo(a) invitan a participar en actividades grupales</b>							
<b>Sobrepeso</b>			<b>Obesos</b>				
Respuestas			Respuestas				

	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	27	175	202	36	144	180
Porcentaje	13.4	86.6	100	20	80	100
<b>6. Pensamientos Suicidas</b>						
<b>Sobrepeso</b>				<b>Obesos</b>		
Respuestas				Respuestas		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	14	188	202	34	146	180
Porcentaje	6.9	93.1	100	18.9	81.1	100
<b>7. Conductas de Bulimia</b>						
<b>Sobrepeso</b>				<b>Obesos</b>		
Respuestas				Respuestas		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	21	181	202	39	141	180
Porcentaje	10.4	89.6	100	21.7	78.3	100
<b>8. Acepta Sobre peso/Obesidad</b>						
<b>Sobrepeso</b>				<b>Obesos</b>		
Respuestas				Respuestas		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	47	155	202	62	118	180
Porcentaje	23.3	76.7	100	34.4	65.6	100
<b>9. Disfrutar de comer</b>						
Sobrepeso				Obesos		
Respuestas				Respuestas		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	117	85	202	102	78	180
Porcentaje	57.9	42.1	100	56.7	43.3	100
<b>10. Le preocupa sobre peso/obesidad</b>						
<b>Sobrepeso</b>				<b>Obesos</b>		
Respuestas				Respuestas		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	75	127	202	78	102	180
Porcentaje	37.1	62.9	100	43.3	56.7	100
<b>11. Problemas con familia por suspender dieta</b>						
<b>Sobrepeso</b>				<b>Obesos</b>		
Respuestas				Respuestas		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	31	171	202	35	145	180

Porcentaje	15.3	84.7	100	19.4	80.6	100
<b>12. Presiones de Allegados y familia para bajar de peso</b>						
<b>Sobrepeso</b>				<b>Obesos</b>		
Respuestas				Respuestas		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Frecuencia	34	168	202	36	144	180
Porcentaje	16.8	83.2	100	20	80	100

Tabla 3. Frecuencia de Respuestas por grupos (Sobrepeso/Obesos)

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El análisis de los datos, para determinar las diferencias significativas entre los grupos sobrepeso y obesidad, se llevó a cabo aplicando el estadístico Chi cuadrada, aceptándose la hipótesis alterna con un nivel de significancia igual o menor al 0.05 de probabilidad. Se presentan y analizan sólo aquellas preguntas en donde se muestran diferencias significativas y se discuten los resultados en general para las otras preguntas.

De las 12 preguntas dicotómicas aplicadas a personas con sobrepeso y obesidad, encontramos que en sólo en cuatro hubo diferencias significativas, véase tabla 4.

Experiencia	Respuesta Sobre peso		Respuesta Obesos		Valor X <sup>2</sup>	gl	Significan cia bilateral
	Si	No	Si	No			
1. Problemas con la gente por sobrepeso	23	178	31	135	3.789	1	0.05
6. Pensamientos suicidas	14	187	33	133	13.579	1	0.000
7. Bulimia	21	180	35	131	7.955	1	0.005
8. Disfruta y acepta sobre peso/obesidad	47	154	55	111	4.306	1	0.038

Tabla 4. Preguntas en las que existen diferencias significativas (&gt;.05) entre personas con sobrepeso y obesas.

Primeramente, los obesos son los que reportan tener la experiencia ansiógena de problemas con la gente por su obesidad que las personas con sobrepeso. De igual manera, los obesos presentan más frecuentemente pensamientos suicidas y conductas de bulimia que las personas con sobrepeso. Llama la atención que los

obesos, en mayor cantidad, son los que reportan que aceptan y disfrutan su condición física, a diferencia de las personas con sobrepeso.

Los resultados en el presente estudio son consistentes con lo reportado con varios autores (por ejemplo, Wardle et al, 2001; Berch, 2006) que consideran que el sobrepeso y la obesidad están relacionadas con patologías como la ansiedad y la depresión. Vázquez y López (2001) han señalado que ha existido la teoría de que los obesos tenían problemas en su personalidad que controlaban a través de su conducta de comer. Kaplan y Kaplan (1957) proponían que la sobrealimentación es una conducta aprendida, utilizada por la persona obesa como mecanismo para reducir la ansiedad; sin embargo, aún no se logra establecer con certeza la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias de las personas. Sin embargo, hay evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de los sujetos obesos, por lo que se deben identificar los problemas a los que se enfrenta un sujeto con exceso de peso importante. En el presente estudio se ha puesto de manifiesto que a mayor sobrepeso las personas experimentan presión y discriminación por parte de otras personas en su entorno, discriminación y burlas que, con seguridad, les genera ansiedad, depresión y pensamientos de suicidio; así mismo la ansiedad y depresión permanente los lleva a hacer prácticas riesgosas para bajar o mantener el peso como es la bulimia. Esto es consistente con lo encontrado por Gómez y Ávila (1998) en una muestra no aleatoria de 222 personas de la población mexicana, encuentran un factor común en hombres y mujeres que involucra variables que miden la preocupación por el peso y la comida, lo cual se conecta con la distorsión de la imagen corporal y el desarrollo de prácticas riesgosas asociadas a trastornos del comer.

En algunos estudios se ha señalado que es común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal. Entre las alteraciones referidas se encuentran, según López, Mancilla, y Álvarez (1998): agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco; así mismo, señalan, que se han apreciado desórdenes de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada

ansiedad, conductas de evasión y agresión. Aunque no se ha determinado si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad, o son éstas las que desencadenan la obesidad, sin lugar a dudas el trato que se le da a los obesos y las demandas para controlar su peso generan condiciones de discriminación, maltrato a través de la estigmatización que trae consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas, sexualidad, etc., de la persona obesa. Desde la perspectiva psicológica, la obesidad es percibida como la consecuencia de un problema de adaptación psicológica y social.

En esta población estudiada, encontramos que el obeso se enfrenta a mayor cantidad de problemas con la gente, no sólo con aquellas de su entorno inmediato, sino aun aquellos que son desconocidos y distantes a través de burlas, recriminaciones y reproches que les hacen por su obesidad, se puede afirmar fundadamente que eso se constituye una fuente constante de ansiedad, tristeza y depresión que, de persistir por un buen tiempo genera pensamientos suicidas que se asocian a la obesidad; en este aspecto, no es sólo la presión por parte de familiares y pares para bajar de peso sino las limitaciones que la obesidad impone a la persona en cuanto al acceso a fuentes de actividades recreativas, actividades físicas y de movilidad y la práctica con variedad sexual, además de la poca aceptación de parejas con fines amorosos y sexuales. Así mismo, en este estudio resalta la frecuencia con la que los obesos refieren que aceptan con mayor conformidad su obesidad respecto a las personas con sobrepeso, reflejando, tal vez, la disonancia cognitiva que surge de la impotencia que genera su incapacidad o fracasos para bajar de peso, disminuyendo esta fuente de frustración y ansiedad.

Los resultados presentes nos lleva a las consideraciones de que cualquier programa institucional para tratar la obesidad de las personas debe tomar en cuenta la intervención psicológica, tanto grupal como individual, atendiendo a todas las circunstancias que enfrenta el obeso que le generan ansiedad, principalmente en relación con las interacciones de tipo social (en los que es necesaria la assertividad, la solución de problemas, trabajar con las creencias

irracionales respecto a su obesidad y la intención de la gente que le rodea, entre otras); es importante modificar las formas de interacción con la comida, el control del estrés y el tratamiento directo de la depresión y los pensamientos suicidas. La obesidad tiene una etiología multifactorial y su tratamiento debe ser multidisciplinario e incluir elementos educativos, nutricionales, asistencia médica y abordaje de los aspectos psicológicos y conductuales, incluyendo a la familia y allegados para apoyar, que no presionar, la adherencia de los obesos al programa de intervención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Berch, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 537-546.
- Encuesta Nacional de salud y Nutrición de medio camino (ENSANUT) (2016). *Informe final de resultados*. Recuperado de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos\\_2016/ensanut\\_mc\\_2016-310oct.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf)
- Friedman, K., Reichmann, S., Costanzo, P. y Musante, G. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res*, 10 (1), 33-41.
- Gómez, G y Ávila, E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6, 10-21.
- Greeno, C. G., Wing, R. R., Shiffman, S. (2000) Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 68, 95-102.
- Guisado, A., Vaz, F., Alarcón, J., Béjar, A., Casado, M. y Rubio, M. (2002). Psicopatología en pacientes con obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Rev Cubana Endocrinol*, 13 (1), 29-34.
- Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (2012). *Kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México*. Recuperado de [http://imco.org.mx/wpcontent/uploads/2015/01/20150127\\_ObesidadEnMexico\\_DocumentoCompleto.pdf](http://imco.org.mx/wpcontent/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf)
- Jaramillo-Sánchez, J., Espinosa-de Santillana, I y Espíndola-Jaramillo, L. (2012). Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 50 (5), 487-492.
- Kaplan H., Kaplan, H. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *J Nervous and Mental Diseases*, 125, 181-201.
- Korbman de Shein, R. (2010). Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. *An Med (Mex)*, 55 (3), 142-146.
- Lazarevich, I y Rodríguez, J. (2003). Manifestaciones psiquiátricas en los trastornos tiroideos, diabetes mellitus y obesidad. *Psiquis*, 23(5), 149- 151.
- López, X., Mancilla, J y Álvarez, G. (1998). Factores sociales y psicológicos de la obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6, 3-9.

- Mancilla J., Durán A., Ocampo T., López V. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. *Salud Pública Mex*, 34 (5), 533-539. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10634508>
- Onyike C., Crum R., Lee H., Lyketsos C., Eaton W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am. J. Epidemiol*, 158 (2), 1139-1147.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Obesidad y sobrepeso: Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Roberts R. E., Kaplan G., Shema S. J., Strawbridge W.J. (2000). Are the obese at greater risk for depression?. *Am J Epidemiol*, 152 (2), 163-170.
- Vázquez, V y López, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 91-96.
- Villaseñor, S., Ontiveros, C y Cárdenas, K. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, VIII (2), 86-90.
- Wardle J., Waller J., Rapoport L. (2001). Body dissatisfaction and binge eating in obese woman: The role of restraint and depression. *Obes Res*, 9 (12), 778-787.