



Vol. 24 No. 4

Diciembre de 2021

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA OBESIDAD: UN ENFOQUE DESDE LAS CONDUCTAS INSTRUMENTALES DE PREVENCIÓN

Antonio Rosales Arellano¹, María de Lourdes Rodríguez Campuzano², Norma Yolanda Rodríguez Soriano³ y Antonia Rentería Rodríguez⁴

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. En 2016, Más de 1900 millones de personas tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. En el caso mexicano, según la Encuesta Nacional de Salud de 2018 la prevalencia combinada de obesidad y sobrepeso fue de 75.2%, siendo 39.1% de sobrepeso y 36.1 de obesidad concretamente. Diversos estudios han investigado los factores psicológicos relacionados con la obesidad; sin embargo, en la mayoría el interés se ha centrado en aquellos que favorecen la presencia de la acumulación anormal de grasa en las personas. El presente trabajo tiene como objetivo proponer un enfoque centrado en las conductas instrumentales de prevención para la obesidad.

Palabras clave: Obesidad, Conductas de prevención, Modelo psicológico de la salud, IMC, Análisis contingencial.

¹ Maestro en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de estudios superiores Iztacala. antonio.rosales@iztacala.unam.mx

² Doctora en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de estudios superiores Iztacala. carmayu5@yahoo.com

³ Doctora en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de estudios superiores Iztacala. normayolanda@gmail.com

⁴ Doctora en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de estudios superiores Iztacala. antonia.renteria@iztacala.unam.mx

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Aunque existen formas muy precisas para determinar el grado de grasa acumulada en una persona la forma más simple de medir esta condición es el Índice de Masa Corporal (IMC) que es el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros; considerando esta medida se puede decir que un individuo adulto presenta sobrepeso si es igual o supera un IMC de 25 y se habla de obesidad cuando el IMC es igual o mayor a 30; en este último caso se puede hablar de grados de obesidad, con un IMC de entre 30 a 34.99 encontramos a la obesidad tipo 1, de 35 a 39.99, a la tipo 2, y con un IMC mayor a 40 se trata de obesidad tipo 3 (OMS, 2018).

Según datos también presentados por la OMS en 2018, más de 1900 millones de personas tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos; para el mismo año alrededor del 13% de la población adulta mundial (11% de los hombres y 15% de las mujeres) eran obesos y la prevalencia de esta condición de 1975 a 2016 se ha triplicado.

En el caso mexicano, según la Encuesta Nacional de Salud emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2018a) la prevalencia combinada de obesidad y sobrepeso fue de 75.2%, siendo de 39.1% de sobrepeso y de 36.1 de obesidad presentándose con mayor frecuencia en mujeres.

Por otro lado, Según datos del INEGI (2018b) a partir de los 35 años, aparecen entre las principales causas de muerte las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus, mientras que para las edades de entre 45 y 64 años de edad la diabetes mellitus es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres; cabe mencionar que tanto las enfermedades del corazón como la diabetes mellitus son enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad.

OBESIDAD Y FACTORES PSICOLÓGICOS

Al respecto diversos investigadores se han aproximado a evaluar la relación entre la obesidad, el estilo de vida y factores psicológicos. Algunos haciendo énfasis en las variables que se relacionan con la adherencia al tratamiento y que podrían

favorecer el estado de salud de las personas; por ejemplo, García-Cedillo, Cruz, Martínez y Sánchez (2017) realizaron un estudio cuasiexperimental con grupo control donde se implementó una intervención psicoeducación o sobre peso que recibían servicios públicos de salud, el cual, mostró cambios estadísticamente significativos. En la misma línea, Camacho, Ybarra, Masud y Piña (2015) Hernández, Hernández y Moreno (2015) investigaron variables psicológicas asociadas con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica con sobrepeso u obesidad encontrando que bajos niveles de estrés resultantes del modo idiosincrático de interactuar de los pacientes favorece la adhesión a la toma de medicamento; asimismo, Rodríguez, Díaz-González y Rodríguez (2013) construyeron un instrumento para identificar factores disposicionales (es decir, factores psicológicos que favorecen o dificultan una interacción) relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. Desde un enfoque teórico distinto al de los trabajos anteriores Hernández, Hernández y Moreno (2015) evaluaron el papel de la autoeficacia percibida y la planeación en relación a la adherencia al tratamiento médico-nutricional con doscientos pacientes con obesidad o sobrepeso y que seguían un plan nutricional o lo habían abandonado en los últimos dos años, encontrando que los pacientes con un plan nutricional actual presentan mayores niveles de autoeficacia y planeación que aquellos que abandonaron el plan.

Otra línea de investigación ha sido la de investigar las variables psicológicas asociadas directamente con la obesidad, al respecto, Bravo, Espinosa, Mancilla y Tello (2011) aplicaron el Perfil-inventario de la personalidad de Gordon a sesenta pacientes con obesidad encontrando que los pacientes tienden a mostrar rasgos de personalidad por debajo de la norma y relaciones estadísticamente significativas entre las personas que presentan obesidad y cada uno de los rasgos de personalidad con menor prevalencia medidos por la escala. En cuanto a factores predictores de la obesidad o sobrepeso Lugil (2011) encontró, en un estudio realizado con una muestra de doscientos cuarenta y tres personas con obesidad, que aquellas se sienten capaces de controlar su peso, y a la vez, tienen

creencias débiles de que su peso depende de sus acciones, son las que reportan mayor autorregulación del peso. En cuanto al aspecto conductual Ramírez y Agredo (2012) evaluaron el papel del sedentarismo como predictor de hipertrigliceridemia, obesidad central y sobrepeso, los resultados muestran que el sedentarismo fue un factor predictor de hipertrigliceridemia, de la obesidad central y de la obesidad general en comparación con los sujetos físicamente activos.

Estos estudios son un ejemplo del enfoque con el que nos hemos aproximado al problema de la obesidad desde un punto de vista psicológico; sin embargo, es posible cambiar el foco de nuestras investigaciones y pasar de la indagación de aquellos factores que intervienen con los comportamientos que favorecen la presencia de obesidad, o incluso, de los esfuerzos por modificarlos mediante intervenciones, a la investigación de aquellos factores que favorecen, aún al margen de alguna intervención psicológica, la instrumentación de conductas que prevengan el sobrepeso, la obesidad y/o las complicaciones a la salud derivadas de ellas. Al respecto Goldiamond (2002), señala la importancia de modificar la orientación con la que nos aproximamos a los problemas psicológicos pasando de centrarnos en comportamientos negativos, de los cuales, en nuestras intervenciones buscamos su eliminación, a poner atención en los procesos que mantienen los comportamientos deseables, de los cuales, buscaríamos su desarrollo en nuestros usuarios.

Ahora bien, además de realizar un cambio en el centro de nuestras investigaciones, es necesario contar con un sistema teórico que permita identificar y organizar de manera integral los factores psicológicos involucrados en el proceso de salud-enfermedad, así como un sistema categorial que permita identificar aquellos factores que regulan el comportamiento de los individuos que instrumentan conductas específicas que previenen el sobrepeso, la obesidad y/o sus complicaciones derivadas.

UN MODELO PSICOLÓGICO PARA LA SALUD

La investigación psicológica relacionada con la obesidad puede ubicarse en lo que Ribes (2010) ha denominado investigación de desarrollo, es decir, se investiga

cómo es que el individuo, como objeto de estudio abstracto, se desenvuelve en un ámbito de desarrollo específico, en este caso, el de la salud. Dado lo anterior, es necesario contar con un modelo que recupere y organice, desde una dimensión psicológica, los elementos involucrados en el ámbito de la salud.

Para lograr lo anterior es importante reconocer que en el proceso de salud-enfermedad podemos identificar una dimensión estrictamente biomédica, una dimensión social y una dimensión estrictamente psicológica, siendo ésta última el vínculo entre las primeras dos. En palabras de Ribes (1990) la dimensión psicológica de la salud se compone de tres factores fundamentales:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio con el que interactúa.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de la salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

A partir de esta caracterización de lo psicológico en el ámbito de la salud Ribes (1990) formula un modelo psicológico de la salud biológica (ver figura 1), en él, se identifican dos fases en el proceso de pérdida, mantenimiento y/o recuperación de la salud, a saber: la fase de procesos y la fase de resultados. La primera, se compone por la historia interactiva que incluye los estilos interactivos y la historia de competencias, de ella se derivan, por un lado, las competencias presentes y la modulación biológica por las contingencias; esta fase de procesos describe los factores históricos e idiosincráticos que están involucrados con la forma en la que los individuos interactúan en sus situaciones cotidianas y que modulan sus sistemas biológicos. Por otro lado, en la fase de resultados podemos encontrar dos líneas; derivada de la modulación biológica por las contingencias resulta la vulnerabilidad biológica que puede darse como producto de la actividad de las personas pero también de factores estrictamente biológicos como lo pueden ser

los factores genéticos, mientras tanto, como resultado de las competencias presentes se identifican las conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo, éstas hacen referencia a acciones específicas que aumentan o disminuyen la probabilidad de la aparición de una patología biológica; así, si se combina una alta vulnerabilidad biológica con conductas instrumentales de riesgo es altamente probable la aparición de una enfermedad, caso contrario cuando se conjuntan una baja vulnerabilidad con conductas preventivas, finalmente, en presencia de sistemas biológicos comprometidos, las conductas de prevención pueden reducir el riesgo o aplazarlo. Si la enfermedad se hizo presente es posible observar el surgimiento de conductas asociadas a la patología biológica ya sea como consecuencia del propio diagnóstico, o de la terapéutica.

Figura 1. Modelo psicológico de la salud biológica Ribes (1990)

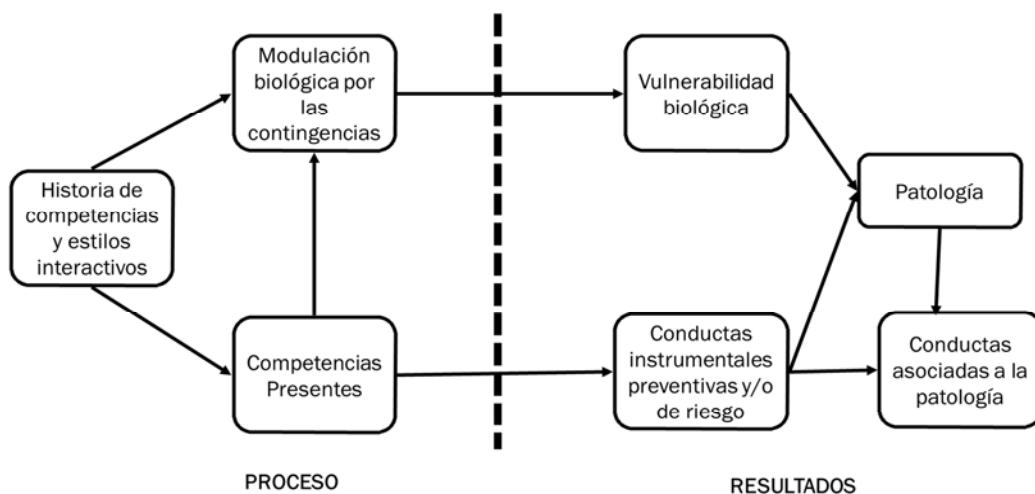


Figura 1. Representación gráfica del modelo psicológico de la salud. Del lado izquierdo se observan los factores del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva comportamental mientras que del lado derecho se muestran los resultados comportamentales y de salud de dicho proceso.

EL ANÁLISIS CONTINGENCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

En congruencia con el Modelo Psicológico de la salud Biológica el Análisis Contingencial (AC) propuesto por Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa (1990) permite el análisis del comportamiento individual en circunstancias particulares; es decir, que como sistema posibilita la identificación de las variables

psicológicas relacionadas con la disminución y mantenimiento del peso corporal a nivel individual.

El AC se compone de cuatro dimensiones, a saber: 1) *sistema microcontingencial*, 2) *sistema macrocontingencial*, 3) *factores disposicionales* y 4) *personas*. El sistema microcontingencial identifica relaciones entre una persona y su ambiente compuesto por otras personas, objetos, eventos o circunstancias; definidos de forma convencional por la situación característica en que dichas relaciones se dan; se compone por la identificación de las *morfologías del individuo* de interés, las *morfologías de otros* individuos relevantes en la interacción; las *situaciones* que incluyen a los factores *disposicionales* como: la circunstancia social, el lugar, objetos, acontecimientos físicos, conducta socialmente esperada, competencias, motivos, inclinaciones, tendencias y propensiones. Asimismo, el comportamiento de las personas juega un rol importante en la estructura de las interacciones por lo que en el sistema microcontingencial se identifica su papel funcional el cual puede ser: *Mediador* si establece las condiciones de la interacción, *mediado* si se ajusta a las condiciones del mediador, *regulador* si no es parte directamente de la interacción pero que tiene la función de modular, en el individuo de análisis, tendencias, estados de ánimo, motivos, gustos o preferencias. Finalmente, en el sistema microcontingencial se identifican los efectos de la interacción entendidos como un producto de la misma y que pueden ser sobre el sujeto y sobre otros, también inmediatos o demorados (Rodríguez, 2002).

Para el caso del estudio de los factores relacionados con la obesidad el análisis microcontingencial posibilita el estudio de aquellos que se asocian con la presencia de un IMC elevado, o aquellos que interfieren con la disminución del peso corporal ya sea con la adhesión a una rutina de actividad física o con el cambio y mantenimiento de los hábitos alimenticios, pero también, con aquellos que facilitan el logro en estos dos aspectos.

Tabla 1.
Sistema microcontingencial

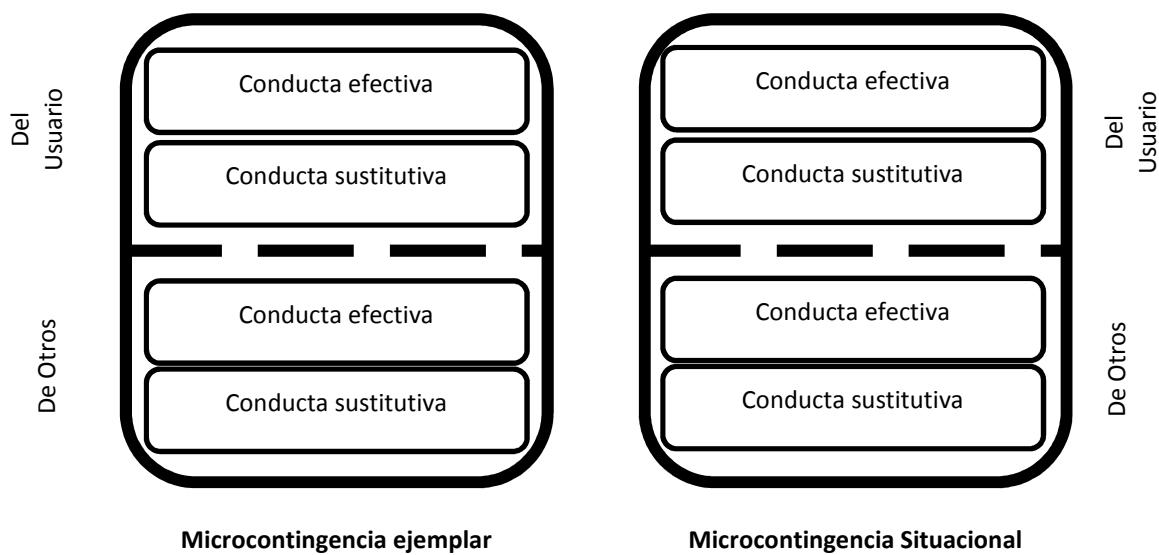
MORFOLOGÍAS	SITUACIONES	PERSONAS	EFECTOS
Del Individuo			Sobre sí mismo
De Otros	Circunstancia social	Mediador	Sobre otros
	Objetos o Acontecimientos físicos	Mediado	Inmediatos
	Conducta socialmente esperada	Regulador	Demorados
	Competencias/incompetencias en el ejercicio de lo socialmente esperado	Auspiciador	
	Inclinaciones, Propensiones y Motivos		
	Tendencias		

Por otro lado, el sistema macrocontingencial identifica las correspondencias entre la conducta del individuo y los otros relevantes en la interacción a un nivel valorativo y se compone de dos microcontingencias: 1) la *microcontingencia situacional* que es la interacción de interés para el análisis; y 2) la *microcontingencia exemplar* en la que otros individuos establecen en el sujeto el sistema de valores que regula su comportamiento en la microcontingencia situacional (Rodríguez, 2002).

Como se mencionó antes, el sistema microcontingencial contribuye a la indagación -desde un punto de vista psicológico- de por qué una persona puede incrementar su peso corporal, por qué se le puede dificultar bajarlo o mantenerlo así como por qué alguien puede disminuir su IMC y mantenerlo estable a lo largo del tiempo, incluso si fuera el caso, por qué alguien que ha logrado dicha disminución y mantenimiento incrementa de nuevo su peso; todo esto prestando atención a los factores situacionales de la interacción del individuo, es decir, aquellos que están circunstanciados en el aquí en el ahora. Por su parte, el sistema macrocontingencial también aporta a la explicación de todas las

interrogantes planteadas; sin embargo, lo hace desde otra dimensión, lo hace desde el marco valorativo de los individuos; por ejemplo, considérese a una persona que se adscribe al vegetarianismo pues la han convencido de que es posible alimentarse sin hacer sufrir a otros seres vivos, o el caso de alguien que realiza algún deporte pues lo considera una virtud en los seres humanos. En ambos casos su comportamiento no sólo es regulado por las circunstancias en las que se da su comportamiento sino por lo que valoran como “bueno” o “malo”, y a su vez, ello repercutirá en su salud.

Figura 2. Sistema Macrocontingencial



El AC como sistema de análisis del comportamiento individual ha sido utilizado en investigaciones en el ámbito de la salud en diferentes estudios, por ejemplo para la investigación de variables psicológicas relacionadas con conductas instrumentales preventivas y de riesgo para el VIH/SIDA (Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003; Peralta y Rodríguez, 2007; Rodríguez y Frías 2005; Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz-González, 2000; Rodríguez, y Díaz-González, 2011), o para el estudio y promoción de comportamiento relacionado con la Diabetes Mellitus tipo 2 (Rodríguez y García, 2011; Rodríguez y Rentería, 2016; Rodríguez, 2005; Rodríguez, Díaz-González y García, 2013;

Rodríguez, Rentería y García, 2013) por lo que resulta una metodología de utilidad en el estudio de las variables psicológicas que favorecen la disminución y mantenimiento del peso corporal.

COMENTARIOS FINALES

De manera general, el estudio de los factores asociados con la obesidad ha seguido un enfoque dirigido a entender el problema; Sin embargo, es posible prestar atención también a aquellos que favorecen, incluso al margen de alguna intervención psicológica, la instrumentación de comportamientos que prevengan la presencia de sobrepeso, obesidad y/o sus complicaciones a la salud asociadas. El modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 1990) permite identificar y organizar desde una dimensión estrictamente psicológica los elementos participantes del proceso salud enfermedad y en conjunto con el análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1990) como sistema para el análisis del comportamiento individual podríamos aproximarnos al entendimiento de qué hace una persona para reducir la probabilidad de la acumulación anormal de grasa corporal, cómo participa el comportamiento de sus otros significativos o los factores ambientales, históricos y relativos al individuo, asimismo, evaluar el papel que juegan las creencias. Haciendo este cambio en este enfoque la información de nuestras investigaciones podría derivar en intervenciones que en lugar de buscar eliminar conductas instrumentales de riesgo se centren en la promoción y desarrollo de conductas instrumentales preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bravo, A., Espinoza, L. N., y Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*. 16 (1). P. 115-123.
- Camcho, D. Y., Ybarra, J. L., Masud, J. L. y Piña, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos con sobrepeso u obesidad. *International journal of psychology and psychological therapy*. 15 (3). P. 377-386.

- Carcía-Cedillo, I., Cruz., Y., Martínez, A. y Sánchez O. (2017). Promoción de la adherencia terapéutica de mujeres con obesidad mediante Psicoeducación. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 11 (1). P. 13-23.
- Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., Robles, S., Moreno y Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/SIDA. *Psicología y salud*. 13 (2). P. 149-159.
- Goldiamond, I. (2002). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behavior and social issues*. 11 (1). P. 108-197.
- Hernández, S., Hernández, R. y Moreno S. (2015). El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 32 (1). P. 37-47.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018a). Encuesta Nacional de salud y nutrición 2018. Presentación de resultados. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018b). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Lugil, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*. 9 (17). P. 4356.
- Organización Mundial de la Salud (2018, 16 de febrero). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Peralta, C. E. y Rodríguez, M. L. (2007). Relación del uso consistente de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y salud*. 17 (2). P. 179-189.
- Ramírez, R. y Agredo. R. A. (2012). El sedentarismo es un factor predictor de la hipertrigliceridemia, obesidad central y sobre peso. *Revista Colombiana de Cardiología*. 19 (2). P. 75-79.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un Análisis conceptual*. México. Trillas.
- Ribes, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la psicología. *Revista Mexicana de psicología*. 27 (1). P. 55-64.

- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, P. (1990). El análisis contingencial. Una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. En E. Ribes. *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. P 113-131.
- Rodríguez, Díaz-González y García, J. C. (2013). Un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 18 (2). P. 263-276.
- Rodríguez, M. L. y Díaz-González, E. (2011). Relación entre consistencia en el uso del condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicología y salud*. 21 (1). 17-24.
- Rodríguez, M. L. y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y salud*. 15 (2). P. 169-185.
- Rodríguez, M. L. y Rentería, A. (2016). Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. *Psicología y salud*. 26 (1). P.51-62.
- Rodríguez, M. L. (2002). *Análisis Contingencial*. México. UNAM, FES Iztacala.
- Rodríguez, M. L. (2005). Elaboración y validación de un instrumento para evaluar competencias conductuales y su relación con la salud. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2 (1). P 255-274.
- Rodríguez, M. L., Moreno, D., Robles, S. y Díaz-González, E. (2000). El sida desde el modelo psicológico de la salud biológica. *Psicología y salud*. 10 (2). P. 161-176.
- Rodríguez, M. L., Rentería, A. y García, J. C. (2013). Adherencia a la diera en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa psicológica*. 10 (1). P. 91-101.
- Rodríguez, M.L. y García J. C. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 14 (2). P. 210-222.