

La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Segunda parte*

Eduardo García García,¹ Manuel De la Llata Romero,² Martha Kaufer-Horwitz,¹ María Teresa Tusié Luna,¹ Raúl Calzada León,³ Verónica Vázquez Velásquez,¹ Simón Barquera Cervera,⁴ Alejandro de Jesús Caballero Romo,⁵ Lorena Orozco,⁶ David Velázquez Fernández,⁶ Martín Rosas Peralta,⁷ José Armando Barriguete Meléndez,¹ Rogelio Zacarías-Castillo R,⁸ Julio Sotelo Morales²

Información y acontecimientos

LOS PROBLEMAS DE LOS GRUPOS VULNERABLES

La obesidad se ha diseminado en toda la población. Es necesario, sin embargo, considerar las particularidades de ciertos grupos poblacionales que, por sus características y situación particular, son especialmente vulnerables a la obesidad y al síndrome metabólico; entre ellos, los niños, las mujeres, la población indígena y aquellos en situación de pobreza.

Población infantil

Es frecuente que en niños y adolescentes el sobrepeso pase inadvertido por sus padres e incluso por el médico que vigila su estado de salud y que aún cuando la obesidad exista, no se le de suficiente importancia, debido a que erróneamente puede ser considerada como un estado transitório e inherente a los primeros años de vida o incluso como normal.

La causa más frecuente de sobrepeso y obesidad es la combinación de las siguientes condiciones:

1. Presencia de variaciones genéticas responsables de la susceptibilidad a padecer obesidad.
2. Pérdida de balance entre la ingestión de energía y el gasto que se produce con el ejercicio. En nuestra sociedad, esta condición se ve frecuentemente favorecida

por permitir que los niños consuman alimentos ricos en energía y grasas totales.

3. Falta de actividades deportivas de mediano y alto gasto energético de manera regular, es decir, tres o más veces por semana.
4. Realización de actividades sedentarias por más de tres horas al día: tareas escolares, televisión, juegos en computadora o electrónicos, etc.

Por otro lado, con frecuencia la mayoría de los médicos asumen erróneamente que el peso normal en el niño es el que se señala como promedio para la edad, sin considerar que el peso no se relaciona con la edad, sino con la estatura. Aunado a lo anterior, la educación escolar y extraescolar excluye la importancia de la obesidad, la manera de determinarla y sus consecuencias físicas, metabólicas, psicológicas y sociales, por lo que es fácil entender por qué aumenta progresivamente el peso que poco a poco convierte en obeso al niño o al adolescente.

Por ello es necesario transmitir a la sociedad que la obesidad es una enfermedad crónica, progresiva, no reversible por sí misma y que condiciona una serie de complicaciones que aumentan su gravedad conforme el peso para la estatura se va incrementando. También es importante que la población conozca estrategias sencillas y efectivas de prevenir la obesidad. Por otra parte, se debe hacer énfasis en los problemas frecuentemente asociados al sobrepeso y a la obesidad, principalmente el exceso de

¹ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

² Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

³ Instituto Nacional de Pediatría.

⁴ Instituto Nacional de Salud Pública.

⁵ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

⁶ Instituto Nacional de Medicina Genómica.

⁷ Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

⁸ Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Este documento de reflexión se publicará también en las revistas *Acta Pediátrica de México*, *Archivos de Cardiología de México* y *Salud Pública de México*.

* Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Correspondencia: Manuel de la Llata Romero. Periférico sur 4118, 1er piso, col. Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, 01900, México D.F. Tel: 5568-0754 . Correo electrónico: manueldelallata@gmail.com

producción de insulina con detrimento de su función (hiperinsulinemia con resistencia a la insulina), que es la base para el desarrollo de otras patologías secundarias como:

1. Alteración en los niveles de glucosa en sangre que llega a ocasionar diabetes no dependiente de insulina (diabetes tipo 2) a edades muy tempranas de la vida, frecuentemente desde el inicio de la pubertad. Es importante mencionar que la diabetes tipo 2 se llamaba diabetes del adulto por predominar en este grupo de edad; sin embargo, en los últimos años la diabetes tipo 2 ocurre cada vez a edades más tempranas, incluso cada vez es más frecuente en los niños.
2. Alteración de los lípidos circulantes con aumento de los triglicéridos y del colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad y disminución del transportado por lipoproteínas de alta densidad. Esto conduce a la producción de dislipidemia aterogénica, es decir, un estado que favorece la acumulación de grasa en las arterias y ocasiona ateroesclerosis, que es uno de los factores de más alto riesgo para la ocurrencia del infarto agudo del miocardio y de alteraciones vasculares en el sistema nervioso central (embolia, trombosis e infartos cerebrales).
3. Trastornos cardíacos relacionados con un incremento anormal de la cantidad de grasa abdominal, lo cual puede conducir al aumento del grosor del miocardio: hipertrofia ventricular izquierda.
4. Problemas respiratorios que se inicián con menor capacidad para distender los pulmones (patrón restrictivo) y ocasionan menor oxigenación. Cuando la obesidad es acentuada, llega a producir períodos de falta de respiración durante el sueño con disminución de la concentración de oxígeno en la sangre y aumento de la concentración de dióxido de carbono: apneas nocturnas con hipercapnea.
5. Depósito anormal de grasa en el hígado (esteatosis hepática) que puede ocasionar alteraciones funcionales progresivas: cirrosis hepática no alcohólica.
6. Alteraciones ortopédicas por sobrecarga de las articulaciones, de la columna, la cadera, las rodillas, los tobillos y el arco del pie.
7. Defectos de postura al proyectar la cadera hacia adelante, flexionando caderas y rodillas, que progresan hacia desviaciones internas de las rodillas, externas de los tobillos y pérdida de la verticalidad de la columna vertebral.
8. Enfermedades irritativas de los pliegues cutáneos de axilas e ingles altamente susceptibles a infecciones por hongos como consecuencia de la sudoración profusa que caracteriza al exceso de grasa corporal.

Con base en lo anterior es necesario establecer estrategias adecuadas que permitan en su conjunto prevenir el

sobrepeso y la obesidad para lo cual se plantean las siguientes medidas:

- a) Reconocer que la obesidad es una enfermedad a cualquier edad.
- b) Informar a la comunidad sobre la forma de prevenirla.
- c) Capacitar a las familias y prestadores de servicios de la salud sobre la manera correcta de determinar el peso adecuado para la estatura.
- d) Educar a la comunidad para llevar un estilo de vida saludable mediante el consumo de una dieta correcta,¹ la realización de actividad física casi todos los días de la semana y reducción de actividades sedentarias.²
- e) Promover que en las escuelas se expendan y se consuman alimentos bajos en energía, grasas, azúcares simples y sal y se destinen espacios adecuados para la realización diaria de actividad física durante por los menos 30 minutos.
- f) Habilitar espacios públicos seguros y adecuados para realizar actividades deportivas o recreativas no sedentarias.
- g) Regular la información sobre alimentos y bebidas industrializados en las horas de televisión y radio dedicadas al público infantil.
- h) Vigilar la oferta de alimentos y bebidas industrializadas en cuanto al tamaño de las porciones y al contenido energético.

Mujer

La obesidad en la mujer tiene matices peculiares que comienzan a ser comprendidos. La mayor prevalencia de obesidad en las mujeres es producto de características biológicas y psicológicas así como de situaciones sociales.

Factores biológicos. En comparación con los hombres, el mayor porcentaje de masa grasa en las mujeres determina un gasto energético menor por kilogramo de peso, lo que hace más difícil perder el sobrepeso ganado. Los embarazos favorecen la obesidad, como lo sugieren los datos que muestran una asociación entre el número de embarazos y el desarrollo de obesidad. La menopausia tiene efectos desfavorables en la composición corporal que conduce a un aumento en la obesidad entre los 40 y 60 años; particularmente si no se hacen los ajustes necesarios en el balance energético.

Factores psicológicos. Las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria. Algunos estudios muestran mayor prevalencia de depresión y ansiedad entre las mujeres con obesidad. Estos factores psicológicos son a la vez causa y consecuencia de la obesidad.

Efecto del ambiente. El ambiente «obesogénico» puede tener mayor efecto en las mujeres porque las porciones que ingieren son habitualmente superiores a sus necesidades, ya que sus requerimientos energéticos son menores a los de los hombres por su fenotipo y su nivel de actividad.

Tratamiento de la obesidad en la mujer. Algunos hechos sugieren que la obesidad en las mujeres tiene efectos más desfavorables que en los hombres, particularmente en lo referente a riesgo cardiovascular. Por otra parte, algunos estudios han sugerido que los médicos tienen una actitud menos decidida y hasta reacia para iniciar el tratamiento de las comorbilidades de la obesidad y del síndrome metabólico en las mujeres, porque perciben que el riesgo que estas representan en las mujeres, es menor que el que perciben en los hombres.

Respecto a las consecuencias de la obesidad y del síndrome metabólico se ha concluido en algunos análisis que las repercusiones psicosociales y económicas negativas de la obesidad, son mayores entre las mujeres.

Hay evidencias de que las estrategias de tratamiento de la obesidad en las mujeres requieren tácticas puntuales de motivación a fin de promover una mejor adherencia y el éxito terapéutico.

Población indígena

Al parecer, la población indígena tiene menor prevalencia de obesidad que el resto de la población. En un análisis de la ENSA 2000 se encontró que los adultos indígenas tienen menos obesidad (13.5% versus 24.5%) y adiposidad central (31.1% versus 43.1%) que los no indígenas. La prevalencia de hipertensión y diabetes mellitus en adultos indígenas fue ligeramente menor a la del resto de la población; sin embargo, la probabilidad de carecer de un diagnóstico previo fue mayor. Esta situación hace a esta población muy vulnerable porque desconoce su enfermedad y por ello no busca atención oportuna; además, enfrenta una doble carga de enfermedad importante pues en estos grupos hay mayor prevalencia de enfermedades infecciosas, desnutrición y otras, en etapas previas de transición epidemiológica, que todavía representan un reto de salud pública.³ Por otra parte, la idiosincrasia de la población indígena respecto a la salud no es bien comprendida y por eso es probable que los esquemas habituales de prevención y tratamiento no sean aplicables a este grupo poblacional. Es necesario buscar esquemas aceptables para evitar el aumento en la prevalencia de estas enfermedades y sus comorbilidades en los indígenas.

Población en situación de pobreza

En el pasado, la pobreza se asoció tradicionalmente a problemas de desnutrición y a otras enfermedades por carencias. Sin embargo, hoy sabemos la doble carga de la enfermedad en población con carencias y que sufre inseguridad alimentaria. A la vez que existe desnutrición en esta población y deficiencia de nutrientes específicos, la obesidad es cada vez más frecuente. Lo grave es que en ocasiones, en una misma familia coexisten la desnutrición y la obesi-

dad pues puede haber una madre obesa con un hijo pequeño desnutrido.

La obesidad en la gente pobre ocurre por distintos mecanismos. Baste decir que los sobrevivientes de la desnutrición infantil son particularmente susceptibles a desarrollar obesidad, síndrome metabólico y otras enfermedades crónicas en la vida adulta. Esto es particularmente relevante en niños que sobreviven a la desnutrición y que posteriormente tienen crecimiento más acelerado.

Por otra parte, las dietas características de la población en situación de pobreza se caracterizan por ser de alta densidad energética y de baja densidad de nutrientes, ya que aportan mayor volumen, saciedad y palatabilidad a un menor costo. Son dietas en las que predominan productos ricos en hidratos de carbono y lípidos, tradicionalmente no perecederos y escasea en las verduras y frutas. Además los alimentos de origen animal son de mayor costo y son perecederos. Las dietas de alta densidad energética pueden llegar a aportar energía en cantidades considerablemente superiores de las que se requiere.

Por otra parte, este grupo de población con frecuencia carece de oportunidades para llevar una vida activa. Esto, aunado a la desnutrición en la niñez y el tipo de dieta les da un alto riesgo de desarrollar obesidad y síndrome metabólico.

La población en situación de pobreza suele buscar atención médica para problemas de salud cuando están en estadios avanzados. Esto limita su calidad de vida y encarece los servicios de salud.

PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL EN LA OBESIDAD Y EL SÍNDROME METABÓLICO

El papel de la salud mental en el estudio y manejo de la obesidad no es sencillo. Se ha ido complicando conforme se ha profundizado en los factores psicológicos asociados al problema. En el centro de este modelo está el reconocimiento de un síndrome descrito por Stunkard en 1959,⁴ un trastorno de conducta atípico en la nomenclatura moderna: el trastorno por atracón (TxA), el cual se acompaña frecuentemente de obesidad y se caracteriza por los siguientes datos:⁵

1. Atracones recurrentes caracterizados por:
 - A. Ingerir una gran cantidad de alimentos.
 - B. Tener la sensación de pérdida de control durante estos.
2. Asociado con al menos tres de los siguientes:
 - A. Comer más rápidamente de lo usual.
 - B. Comer hasta estar incómodamente lleno.
 - C. Comer cantidades exageradas sin tener hambre.
 - D. Comer a solas por pena a que otros observen la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos.
 - E. Sentir culpa, coraje o tristeza después del atracón.
3. Malestar psicológico importante.

4. Atracones cuando menos dos días por semana por un lapso de seis meses.
5. No hay anorexia nervosa o bulimia nervosa, ni conductas compensatorias concomitantes.

El interés en esta alteración de conducta alimentaria ha aumentado debido a varios aspectos. Además de que esta entidad alimentaria tiene elevada asociación con el desarrollo de obesidad mórbida, que los pacientes tienen menor calidad de vida⁶ y que 30% de los que acuden a tratamiento de la obesidad cursan con criterios para el diagnóstico del TxA.⁷ Su respuesta al tratamiento generalmente es menor cuando se compara la mejoría observada en pacientes obesos sin TxA. Sin embargo, lo más probable es que estos datos se deban a factores mediadores como los trastornos depresivos. Los pacientes obesos con TxA sufren más depresión/ansiedad y tienen menor autoestima que aquellos sin TxA.^{8,9} Por otro lado, los pacientes obesos con TxA tienen mayor grado de impulsividad y mayor comorbilidad psicopatológica que los obesos sin TxA.

Respecto a la obesidad temprana, se han descrito varios antecedentes de negligencia y abuso infantil. Los niños desatendidos tienen 9.8 veces más probabilidades de volverse obesos.¹⁰ Los adultos que buscan tratamiento para obesidad tienen el antecedente de un incremento del cuádruple en la prevalencia de abuso sexual en la infancia y del doble en abuso no sexual.¹¹

En el curso de varios trastornos mentales (e.g. la depresión atípica o los trastornos de ansiedad), es frecuente encontrar obesidad o al menos períodos de sobreingestión de energía. Quizás esto tiene que ver con mecanismos complejos radicados en circuitos cerebrales relacionados con la recompensa, la regulación afectiva o la respuesta al estrés. Existen opiniones a favor de la existencia de un modelo de «adicción a los alimentos» en algunos pacientes.^{12,13} Algunas personas que sufren de bulimia nervosa o de TxA relatan que sus atracones son desencadenados por estados emocionales adversos (disfóricos) y que esta conducta les trae una sensación de atenuación o mejoría emocional, que tiende a ser pasajera. De hecho, hoy se explora la psicología de la obesidad y de los trastornos psiquiátricos que se asocian con ella, en búsqueda de indicadores subyacentes de los fenotipos de conducta y sus endofenotipos. Recientemente se ha descrito que hay menor activación de la corteza dorsolateral prefrontal izquierda, área cerebral relacionada con la saciedad,^{14,15} en personas obesas en respuesta a una comida.

Las estrategias futuras para la prevención o el tratamiento de la obesidad tendrán que tomar en cuenta la identificación de sujetos susceptibles de desarrollar obesidad, el papel de los factores mantenedores que incluyan los aspectos psicobiológicos y psicopatológicos y el estudio de estrategias que prevengan las recaídas.

NECESIDAD DE COMUNICAR LO QUE SE SABE

En el cuidado de la salud, la información puede hacer toda la diferencia. El tema de la obesidad ha trascendido el territorio de los investigadores, los académicos y los prestadores de servicios de salud y parece ser tema del dominio de la población general. Esto se debe a que la obesidad se ha vuelto un problema de salud pública en nuestro país y empieza a ser percibido como tal por la población.

Actualmente, el acceso a la información es casi irrestricto. Cualquier persona interesada puede acceder en segundos a grandes cantidades de información. La obesidad es uno de los temas cuya información abunda. Desafortunadamente, no toda la información disponible es seria, verídica ni está científicamente respaldada. Esto ha generado gran desconcierto en la población al recibir información confusa, desarticulada y con frecuencia incorrecta.

Es obligación y compromiso de los prestadores de servicios de salud proporcionar a la población información con respaldo científico, actualizada, de fácil comprensión. Lo que se requiere es información práctica, que puntualice el problema de la obesidad, sus riesgos, sus estrategias de prevención y las consecuencias a nivel individual, familiar y social si no se toman las acciones necesarias para prevenirla o combatirla. La información que se proporcione a la población debe indicar el «qué», pero también el «cómo». No es útil decir a la población que debe mantenerse en un peso saludable; es necesario decirle cómo lograrlo. De nada servirá decirle que consume más frutas y verduras; es necesario darle información de cómo optimizar sus recursos para adquirirlas baratas y frescas, con un óptimo contenido de nutrientes; es necesario proporcionarle información de cómo prepararlas para que sean apetecibles y conserven sus propiedades.

A través de la educación podremos transmitir lo que sabemos, ya que ésta permite que las personas piensen por sí mismas, tomen sus propias decisiones y se fijen sus propios objetivos de acuerdo con sus circunstancias.

La información que se dé a los pacientes no se debe concentrar toda al inicio del diagnóstico, tiene que ser continuada. Debemos hablar siempre de ganancias y no de pérdidas, en un lenguaje claro, que resuelva dudas sin dar por hecho que la gente comprende con tan sólo una instrucción. Se debe adaptar la información a la persona y no al revés.

Proporcionando al paciente una base teórica y práctica para la comprensión y para afrontar las consecuencias de la enfermedad, le permitirá colaborar de forma activa con el equipo en todos los aspectos de su tratamiento.

Al transmitir lo que se sabe promoveremos que la situación sea aceptada, le daremos sentido a la información, lograremos moderar la angustia generada a partir del desconocimiento, desinformación o de ambos, desarrollaremos estrategias más adaptadas y saludables para afrontar

eficazmente los síntomas y podremos detectar la recurrencia de las recaídas.

NECESIDAD DE UN NUEVO MODELO MÉDICO DE ATENCIÓN

El tratamiento de la obesidad obliga a cambios en el estilo de vida de los pacientes. Este proceso requiere una comunicación clara y convincente entre los sistemas de salud, la sociedad en general y los pacientes.

El modelo médico vigente y el ejercicio que deriva de él no han logrado la detener el aumento de la prevalencia de la obesidad y del síndrome metabólico. Tanto la prevención como el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico requieren estrategias complejas para las que no están preparados ni las instituciones, ni los trabajadores de la salud, ni los pacientes.

No es exagerado decir que se requiere una cultura de salud diferente. Los grandes logros de la medicina en el siglo XX dejaron la « impresión generalizada» en la sociedad, de que la salud podría convertirse en un bien que sería generado fuera del individuo, a través de fármacos cada vez mejores y de intervenciones cada vez más avanzadas tecnológicamente. Los procesos crónicos degenerativos han hecho evidente el papel del ambiente y de las conductas de la sociedad y de los individuos en el desarrollo de estos padecimientos.

El trabajador de la salud tiene que convertirse en un promotor de conductas saludables. Para ello, frecuentemente, tendría que ser él mismo, el primero en cambiar su estilo de vida. El paciente tendrá que categorizar mejor sus prioridades para poder atender adecuadamente las necesidades de su cuerpo.

La construcción de un nuevo modelo de salud se vislumbra como un proceso lento que requiere procesos educativos en todos los niveles sobre el tema obesidad y sus consecuencias en la salud. Para la sociedad en general y los individuos en riesgo elevado o ya afectados por la obesidad y el síndrome metabólico, se requiere la difusión de información y la elaboración de programas educativos permanentes. Los programas de estudio y todos los cursos de educación continuada, dirigidos a los trabajadores de la salud, deben incluir como elemento principal los temas relacionados con la prevención y tratamiento de estas entidades.

Es evidente la responsabilidad del gobierno como impulsor de la creación de un mejor modelo de atención de estos padecimientos. Son insuficientes las instalaciones y los grupos que trabajan en la investigación, prevención y tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico. Impulsar el desarrollo de los mismos bajo una adecuada coordinación es una necesidad urgente. La construcción de un ambiente más saludable tiene que ser una acción concertada, teniendo como principales agentes un gobierno preocupado y activo frente a una sociedad debidamente informada.

NECESIDAD DE UN NUEVO PACIENTE

La mayoría de los pacientes obesos saben lo que «se debe hacer» para bajar de peso. Han probado un sinfín de dietas; han intentado infinidad de veces hacer ejercicio, incluso han logrado bajar de peso en alguna ocasión, pero lo recuperan una vez que retoman sus hábitos de alimentación y sedentarismo. Y aún así, siguen buscando «un nuevo y mejor tratamiento» que les resuelva el problema de por vida.

Todos los profesionales de la salud sabemos que la obesidad es una enfermedad crónica recidivante, costosa, que requiere una educación constante y que se acompaña de instrucciones respecto a la modificación del estilo de vida, como cambios en la forma de comer, un plan de ejercicios, en algunos casos medicamentos, apoyo al sabotaje familiar, frustraciones, mentiras, necesidad de magia, cansancio, abandono de tratamiento, etcétera.

Es por ello que *además de la necesidad de generar un nuevo modelo de tratamiento que logre el objetivo, también se debe crear un nuevo paciente y construir la infraestructura médica, emocional, familiar y social que permita que el paciente obeso logre lo que se propone*.

Un paciente puede tener obesidad mórbida y sufrir las complicaciones médicas mayores que conlleva, pero no estar preparado para hacer un compromiso de cambio en su estilo de vida que lo conduzca a la reducción de peso. Por ello es importante que el profesional de la salud realice un interrogatorio dirigido a investigar si el paciente reconoce la necesidad de perder de peso, antes de asumir que se apegará al tratamiento. Los resultados del examen físico, de la historia clínica y las pruebas de laboratorio pueden ayudar para educar a los pacientes respecto a la necesidad de reducir su peso.

El profesional de salud también debe determinar el momento adecuado para que el paciente pierda peso. La pérdida de peso requiere concentración y esfuerzo sostenidos; sin embargo, estos pueden ser estropeados por la ocurrencia de estresores en la vida, como puede ser un cambio de trabajo, problemas económicos, una enfermedad en algún familiar, entre otros.¹⁶ Si el paciente siente que es incapaz de apegarse al tratamiento, se debe esperar hasta que sus circunstancias de vida mejoren. Si esto sucede, la meta inmediata de tratamiento es la prevención de mayor ganancia de peso en lugar de la inducción de la pérdida de peso.

Para evaluar la *disposición al cambio* que tiene cada paciente, es necesario identificar si se manifiestan ambivalencias y resistencias ante el tratamiento o si el paciente no está motivado. Prochaska, DiClemente y Norcross¹⁷ propusieron un modelo de los niveles de motivación en los pacientes con trastornos de alimentación (cuadro 1).

Hay que recordar que las enfermedades crónicas deben ser tratadas con paciencia y no sólo prescribir un medicamento y esperar que éste haga efecto. Estamos frente a indi-

Cuadro 1. Modelo de los niveles de motivación para seguimiento del tratamiento en los pacientes obesos

1. Precontemplación	No hay intención de cambio.
2. Contemplación	Hay conciencia de los problemas, se piensa en ellos, pero no hay intención de cambiarlos.
3. Preparación	Existe la intención de cambiar, pero no lo ha hecho en el último año.
4. Acción	Se cambian conductas, actitudes, experiencias o el entorno para superar el problema.
5. Mantenimiento	Ya se han modificado las conductas, se previenen recaídas y se consolidan los logros.

Fuente: Adaptado de Prochaska y cols. (1992).

viduos que tienen un padecimiento incurable, con recidivas frecuentes, con aparición de complicaciones y con un tratamiento que no convence y no por ser un planteamiento erróneo, sino porque el *cambio en el estilo de vida* es responsabilidad total del paciente y de su familia. Los cambios en la alimentación y en la actividad física son la clave del éxito. ¿Pero quién logra perder peso y mantener el éxito?

Se ha intentando identificar las características de pacientes que logran el objetivo de bajar de peso y más aún de mantenerlo. Los que han tenido éxito al inicio del tratamiento atribuyen el sobrepeso a sus hábitos de alimentación; tienen pobre calidad de vida, menos trastornos psicopatológicos como síntomas depresivos, trastornos en la conducta alimentación y desinhibición. Además, han hecho menos intentos de bajar de peso, tienen una motivación intrínseca, más restricción cognitiva, mayor autoeficacia, más insatisfacción corporal, mayor riesgo de enfermedad coronaria y niveles altos de colesterol. Una vez que se logran los resultados se observa que a lo largo del tratamiento y en el momento de la valoración final, los pacientes que tuvieron éxito tienen mayor pérdida de peso inicial, realizan más actividad física, son menos propensos a comer por estímulos externos, son menos exigentes al valorar los cambios en el peso y consumen más fibra.¹⁸⁻²³

Esto nos lleva a la necesidad de reconocer, diagnosticar, dar tratamiento y seguimiento al paciente obeso considerando los puntos mencionados, para generar nuevas estrategias de intervención y crear «nuevos pacientes».

Para disminuir las resistencias que presentan los pacientes obesos, es importante lo siguiente:

1. Incrementar la empatía entre médico y paciente.
2. Fomentar la conciencia de enfermedad, tanto en el paciente como en su familia.
3. Reconocer las consecuencias positivas y negativas del tratamiento.
4. Reconocer las inconsistencias previas entre los objetivos y las conductas de los pacientes en los tratamientos previos.
5. Estimular al paciente para que adquiera un papel activo en su cambio de conducta.

Aún más, independientemente del tratamiento que se haya elegido para tratar la obesidad, la forma en que el profesional de la salud discute el tratamiento con los pacientes puede tener un efecto profundo en el resultado. En ningún tratamiento es más evidente la necesidad de empatía y de expectativas realistas que en el desafío de mantener la pérdida de peso. Incluso, el mantenimiento del peso requiere un conjunto de habilidades diferentes a las utilizadas durante la pérdida de peso, ya que requiere tanto o más esfuerzo que dicha pérdida, pero tiene menos gratificación o satisfacción.¹⁹

Hacer énfasis en los beneficios de las conductas de pérdida de peso, disminuir los pretextos para realizar ejercicio, incrementar la seguridad de poder elegir alimentos bajos en grasa, mejorar las herramientas para utilizar etiquetas de alimentos, educar a los pacientes sobre las expectativas del tratamiento, describir las demandas de conducta del programa (ej. Auto-monitoreos de comida y ejercicio), así como discutir los riesgos y beneficios del procedimiento son estrategias que se pueden utilizar en la preparación del paciente obeso para iniciar un nuevo estilo de vida.^{20,21}

CONSECUENCIAS DE LA DESINFORMACIÓN Y DE LAS MALAS PRÁCTICAS

No es difícil visualizar las consecuencias de la desinformación poblacional con respecto a la nutrición adecuada y las malas prácticas que ésta genera. Respecto a las características nutricias de los diferentes alimentos y las conductas compensatorias para el control de peso, en nuestra población prevalecen ideas sin ningún sustento e incluso, sin sentido común. Todo ello sucede por un lado en pacientes con trastornos alimentarios caracterizados por la búsqueda de la delgadez extrema (i.e. anorexia nervosa, bulimia nervosa y algunos trastornos alimentarios no especificados) y por el otro, en pacientes obesos donde frecuentemente están mal informados acerca de dietas «maravillosas» para disminuir su peso, así como la falta de capacidad para discernir sobre las mejores formas de controlar su obesidad. De hecho, la meta que persigue el paciente al disminuir de peso, es sentirse satisfecho consigo mismo y por ende, mejorar su autoestima, dejando en segundo lugar los beneficios en su salud, los cuales la mayoría de ellos conocen en forma superficial.

Es frecuente que estos pacientes desarrollen conductas compensatorias alteradas, por ejemplo, provocación de vómito o el uso de laxantes o diuréticos, como un recurso desesperado para disminuir la ansiedad que deriva de haber comido en forma exagerada. Más aún, muchos pacientes que desarrollan anorexia o bulimia nervosas tienen entre sus antecedentes el haber sido obesos previamente.

Es por ello que desde hace varios años, como parte inicial insustituible de cualquiera de las rutas de tratamiento vigentes, en algunas Instituciones se practica la *psicoedu-*

ción, proceso que facilita enormemente el inicio del cambio de conductas alteradas a la manera de los procesos descritos por Prochaska y DiClemente¹⁷ para el tratamiento del tabaquismo. Esta psicoeducación se lleva a cabo con una estrategia que favorece la comprensión del paciente y de sus familiares acerca de las características de su padecimiento y la manera de participar para resolverlo. No se trata de «clases magistrales», sino más bien de diálogos abiertos y en lenguaje sencillo. Se dan ejemplos concretos, proyecciones imaginativas e incluso de la paradoja, para dejar en claro un sustento razonable para cada una de las ideas que les proponemos. Tras un proceso de cinco sesiones psicoeducativas, es frecuente que ocurra una disminución sintomática en nuestros casos o una mejor disponibilidad para el trabajo en equipo que hacemos con la familia. El uso de las réplicas de alimentos ayuda a los nutriólogos a aclararle al paciente y a sus familiares sobre el tamaño real de las raciones de alimentos.

A los pacientes que incurren en atracones, se les hace comprender la diferencia entre la sensación de saciedad y la sensación de estar lleno, lo cual es muchas veces esclarecedor para ellos. Posteriormente se les instruye sobre algunas prácticas que promueven la saciedad y se les pide llevar un registro alimentario en donde, además de anotar su ingestión de alimentos, sean de forma programada o de atracones; se les instruye para registrar las condiciones desencadenantes de estos últimos. Esto se debe a que la mayoría de nuestros pacientes con bulimia nervosa o trastorno por atracón asociado a obesidad, utilizan el atracón como una táctica para la distensión de estados emocionales alterados, a la manera de algunas adicciones.

Aunque el trabajo por venir es arduo, desde nuestro punto de vista, la transmisión de información sustentada y accesible a los pacientes obesos y a sus familiares a través de la psicoeducación interactiva, así como el esclarecimiento psicoeducativo de la asociación de estados emocionales adversos y el inicio de los atracones, la detección del papel que estos atracones tienen en la atenuación de las emociones adversas que los desencadenan, son de primera importancia en cualquier estrategia destinada a detectar y tratar la obesidad.

INVESTIGACIÓN EN LA OBESIDAD

La investigación sobre las causas, los modelos de atención, la prevención y el tratamiento de esta entidad debe ser considerada como una *inversión en salud de altísima prioridad*.

Distintas áreas de investigación en obesidad requieren un estudio cuidadoso y un presupuesto suficiente que garantice resultados confiables.

- 1) Investigación sobre las causas de la enfermedad
 - a) Biológicas
 - b) De conducta
 - c) Culturales

- d) Sociales
 - e) Antropológicas
- 2) Investigación sobre modelos de atención
 - a) Primer Nivel
 - b) Segundo Nivel
 - c) Tercer Nivel
 - 3) Investigación sobre estrategias de tratamiento
 - a) Primer Nivel
 - b) Segundo Nivel
 - c) Tercer Nivel/ En distintas Especialidades médicas
 - 4) Investigación sobre estrategias y modelos de preventión
 - a) Individuales
 - b) Familiares
 - c) Sociales
 - d) Gubernamentales (Federales y Estatales)
 - e) Primer Nivel
 - f) Segundo Nivel
 - 5) Investigación sobre los impactos sociales y económicos derivados de la atención de pacientes con enfermedades crónico degenerativas

El enfoque actual de investigación debe ser «global» y no reducido a una dicotomía. El análisis de aspectos genéticos, geo-demográficos, de balance energético, inflamatorios, neurohormonales, antropométricos, clínicos y socio-médicos, deben ser el soporte del «Juicio clínico moderno» para una mejor práctica de la medicina. La investigación debe hacerse en un sentido de «comunicación horizontal/vertical -matricial-» entre todas las áreas involucradas y no únicamente en sentido vertical (separadas) como tradicionalmente se desarrolla en muchos centros. Los nuevos retos de la salud en el tema de obesidad y de síndrome metabólico y sus consecuencias se deben confrontar en forma integral.

En las áreas de investigación propuestas es necesario establecer mecanismos de evaluación y seguimiento que evalúen la eficacia y el costo-beneficio de los resultados en cada una de ellas.

MODELO DE COORDINACIÓN ENTRE LOS INSTITUTOS Y SUS TAREAS: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Los Institutos Nacionales de Salud han surgido como respuesta a una necesidad de la Salud Pública y el desarrollo de la medicina en México. La colaboración entre ellos ha tenido lugar a lo largo de su historia como producto también de necesidades y proyectos concretos. La obesidad y el síndrome metabólico, como problemas de salud muy prevalentes afectan a pacientes que son objeto de asistencia y líneas de investigación en cada uno de los Institutos y Hospitales de Alta Especialidad. Estamos conscientes de que existe colaboración entre médicos e investigadores de los

distintos Institutos en la asistencia y la investigación sobre la obesidad y el síndrome metabólico. *Pretender regular estas colaboraciones surgidas de la realidad no sería conveniente.* Sin embargo, fomentarlas y favorecerlas sería deseable.

Proponemos para ello las siguientes acciones:

- I. Organizar jornadas anuales por el Grupo Académico para el Estudio la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad y Síndrome Metabólico de la CCINSHAE donde se reúnan médicos, nutriólogos, psicólogos e investigadores interesados en el estudio de la obesidad y el síndrome metabólico para fomentar la colaboración entre los Institutos y compartir experiencias exitosas en la prevención, detección y tratamiento de estos problemas. Se iniciará en forma modesta y se ampliará gradualmente su alcance.

Características del evento:

1. Las jornadas deberán estar regidas por un espíritu de diálogo para la construcción de propuestas, acuerdos y colaboraciones.
2. Los participantes deberán laborar en los Institutos Nacionales de Salud en los Hospitales Federales de Referencia o en los Hospitales de Alta Especialidad que dependen de la CCINSHAE
3. El evento será convocado por el Titular de la CCINSHAE
4. Las conclusiones y propuestas derivadas de estas reuniones serán parte fundamental de un documento que será turnado a los directores de los Institutos, al Secretario de Salud, a otros Secretarios de Estado y a legisladores.
5. La agenda del evento será propuesta por los miembros del Grupo Académico para el estudio, prevención y tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la CCINSHAE. Estos temas versarán sobre las siguientes líneas:
 - Modelos de atención
 - Estrategias de prevención y tratamiento
 - Prioridades en la investigación clínica y básica
 - Coordinación entre los Institutos Nacionales y vinculación

- II. Realizar una campaña de difusión para fomentar el autodiagnóstico; con objeto de que el paciente conozca su IMC y su cintura y lo que esto significa.

Su objetivo principal será iniciar la adopción de un lenguaje común entre todos los pacientes y trabajadores de la salud de los INSHAE.

Todo paciente de los INSHAE –sin importar el motivo de su consulta- deberá conocer:

- Su IMC y cómo se calcula
- El perímetro de su cintura
- Lo que su IMC y su cintura significan en su estado de salud

- Lo que su IMC y su perímetro de cintura significan en los costos de su atención médica para las instituciones de salud, pero sobre todo para él mismo y para su familia
- La evolución de su IMC y del perímetro de cintura a lo largo de su seguimiento

- III. Realizar una campaña de alimentación correcta y actividad física.

El objetivo principal será hacer consciente al individuo de que los alimentos que come y la actividad física que realiza tienen un efecto directo en la génesis del sobrepeso y la obesidad. En esta campaña se darán mensajes breves y concretos aplicables a la población general. Se dará información de cómo alimentarse mejor y con menor costo; cómo aumentar la actividad física de una manera práctica. Se utilizarán estrategias publicitarias exitosas, similares a las utilizadas por la industria alimentaria contratando profesionales de la comunicación en estrecha coordinación con el grupo de expertos. A continuación se presentan algunos ejemplos del rubro de alimentación correcta:

- ¿Sabías que hay una gran variedad de vegetales verdes de los que puedes comer cuanto quieras?
- ¿Sabías que las bebidas que contienen energía son una de las principales causas del sobrepeso y la obesidad? ¡Bebe agua!
- ¿Sabías que seleccionando los alimentos adecuados puedes comer mayor cantidad de alimentos y obtener menos energía? Aquí te decimos cómo.
- ¿Sabías que cualquier platillo puede aumentar su capacidad para producir sobrepeso y obesidad si se elabora con un exceso de grasa?

Para los rubros II y III la población objetivo será la de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad e incluye a su personal: administrativo, de intendencia y de salud; a los pacientes y sus familiares.

Es necesario que los procesos de mercadeo social se elaboren en forma profesional para que las campañas de promoción de la salud y de prevención que se lancen al interior de los institutos sean eficaces y sensibilicen incluso a la población que no tiene conciencia del problema. Será responsabilidad de este grupo de expertos elaborar una lista con los contenidos principales de las campañas y revisar los mensajes desarrollados por los expertos en mercadeo social. Las campañas al interior de los institutos estarán orientadas a sensibilizar a la población del problema y a obtener indicadores que permitan cuantificar la situación inicial y el éxito de las campañas.

- IV. Identificar las necesidades prioritarias en la investigación básica y clínica por el grupo de expertos en obesidad y síndrome metabólicos de los INSHAE en su estu-

dio y tratamiento y difundir esta visión entre los distintos grupos de investigadores de los institutos y de todas las instituciones con las que los institutos tienen estrecha colaboración: universidades, instituciones de salud, industria farmacéutica, industria alimentaria, etcétera. La investigación deberá estar encaminada a la acción.

En concreto:

Los INSHAE requieren un plan maestro acerca de la obesidad y el síndrome metabólico. La vinculación entre los CINSHAE, particularmente en las áreas de investigación y programas al interior de las instituciones, es un área de oportunidad para la búsqueda de respuestas que permitan encontrar una solución al problema. El siguiente paso sería la vinculación con el primer y segundo niveles de atención y con otras Secretarías e instancias que comparten metas comunes. Además de la investigación se necesitan acciones concretas para limitar el problema y posteriormente abatirlo. El costo de no hacer nada es demasiado alto para las instituciones, para las familias y para los individuos. Entre los factores determinantes de la carga de enfermedad en el mundo y en México, la Organización Mundial de la Salud ha reconocido a aquellos relacionados con el estado nutricio y la actividad física como algunos de los más importantes. Estos tienden a producir una gran carga de enfermedad a través de la obesidad y el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y las dislipidemias. Sólo cuando exista una respuesta social organizada que involucre todos los sectores de la sociedad para lograr los cambios necesarios en los distintos los niveles, se logrará combatir con éxito esta carga. El sector salud es pilar en esta tarea. Lo anterior no depende de falta de comprensión sobre los determinantes o de falta de tecnología para tratamientos, sino de una buena traducción del conocimiento a la población.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Veintitrés de enero de 2006.
2. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (2002: Geneva, Switzerland). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO technical report series; 916. Ginebra, 2003. Consultado en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf el 21 de enero de 2008.
3. Barquera S, Carrión C, Campos I, Espinosa J, Flores M et al. Hipertensión (HT) y diabetes mellitus (DM) en indígenas mexicanos: Inequidad en La doble-carga de la enfermedad. Congreso Latinoamericano de Nutrición, Florianopolis Brasil (Ns 0122); noviembre 2007.
4. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychological Bulletin* 1959;33:284-294.
5. López-Ibor, Aliño JJ, Valdés Miyar M (dir.). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Barcelona: Editorial Masson; 2002.
6. De Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremeier L et al. Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Res* 2002;10(11):1143-51.
7. De Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *International J Obesity Related Metabolic Disorders* 2001; 25(Supl.)1:S51-S55.
8. Jirik-Babb P, Geliebter A. Comparison of psychological characteristics of binging and nonbinging obese, adult, female outpatients. *Eat Weight Disord* 2003;8(2):173-7.
9. Fontenelle LF, Vitor Mendlowicz M, De Menezes GB, Papelbaum M, Freitas SR et al. Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge-eating disorder. *Psychiatry Res* 2003;15;119(1-2):189-94.
10. Lissau I, Sørensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994;343:324-7.
11. Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *South Med J* 1993;86(7):732-6.
12. Finlayson G et al. Liking vs. wanting food: importance for human appetite control and weight regulation. *Neuroscience Biobehavioral Reviews* 2007;31:987-1002.
13. Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? *Int J Eat Disord* 2007;40:S83-S88.
14. Duc Son NT Le et al: Less activation in the left dorsolateral prefrontal cortex in the reanalysis of the response to a meal in obese than in lean women and its association with successful weight loss. *Am J Clin Nutr* 2007;86:573-9.
15. Le NTDS, Pannacciulli N, Chen K et al. Lesser activation of the left dorsolateral prefrontal cortex in response to a meal: a feature of obesity. *Am J Clin Nutr* 2006;84:725-31.
16. Wadden TA, Letizia KA. Predictors of attrition and weight loss in patients treated by moderate and severe caloric restriction. En: Wadden TA, VanItallie TB (eds.). Treatment of the seriously obese patient. New York, NY: Guilford Press 1992; p383-410.
17. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behavior. *Am Psychologist* 1992;4:102-14.
18. Wiltink J, Dippel A, Szczepanski M, Thiede R, Alt C et al. Long-term weight loss maintenance after inpatient psychotherapy of severely obese patients based on a randomized study: predictors and maintaining factors of health behavior. *J Psychosom Res* 2007;62(6):691-8.
19. Wadden TA. What characterizes successful weight maintainers? En: Allison D, Pi-Sunyer F (eds.). Obesity treatment: Establishing goals, improving outcomes, and reviewing the research agenda. New York, NY: Plenum Publishing Corp; 1995; p103-111.
20. Krummel DA, Semmens E, Boury J, Gordon PM, Larkin KT. Stages of change for weight management in postpartum women. *J Am Diet Assoc* 2004;104(7):1102-8.
21. Teixeira PJ, Palmeira AL, Branco TL, Matins SS, Minderico CS et al. Who will lose weight? A reexamination of predictors of weight loss in women. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2004;2(1):12.
22. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC et al. Exercise motivation, eating and body image variables as predictors of weight control. *Med Sci Sports Exerc* 2006;38:179-88.
23. Roberts A. What are the characteristics of overweight and obese patients who achieve weight loss and what factors are most helpful? A quantitative and qualitative study of patients and interventions in a rural general practice. *J Human Nutr Diet* 1999;12(S1):20-7.