



Consideraciones en la atención de la obesidad

Considerations in obesity care

María del Rosario Guiza Montiel

Servicio Social: Obesidad desde una perspectiva
cognitivo conductual
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
guiza_pink0417@hotmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.48.86838>

Resumen

El sobrepeso y la obesidad son considerados un grave problema de salud pública, por la comorbilidad con enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la diabetes, que tienen una mayor prevalencia en la población que presenta sobrepeso y obesidad. Con el objetivo de combatir y revertir este problema de salud se establecen ciertas pautas para la modificación del estilo de vida, ya que se considera una forma de contribución a la epidemia de obesidad, sin negar la responsabilidad que tiene la estructura social. Ya que la obesidad y el sobrepeso rebasan la perspectiva biomédica, se ha propuesto incluso un enfoque social para dar respuestas a la presencia de este padecimiento. Por lo que el objetivo de este trabajo es visualizar algunas de las explicaciones del origen del sobrepeso y la obesidad, para dar paso a la consideración de algunas de las propuestas que se han planteado para la atención con profesionales de la salud.

Palabras clave: estilo de vida, obesidad, sobrepeso, diagnóstico, tratamiento.

Abstract

Overweight and obesity are considered a serious public health problem, due to comorbidity with chronic diseases such as cardiovascular disease and diabetes, which are more prevalent in the overweight and obese population. In order to combat and reverse this health problem, certain guidelines for lifestyle modification are established, since it is considered a way of contributing to the obesity epidemic, without denying the responsibility of the social structure. Since obesity and overweight go beyond the biomedical perspective, a social approach has even been proposed to respond to the presence of this condition. Therefore, the objective of this paper is to visualize some of the explanations of the origin of overweight and obesity, to give way to the consideration of some of the proposals that have been put forward for the attention of health professionals.

Keywords: lifestyle, obesity, overweight, diagnosis, treatment.

Recibido el 16 de mayo de 2022.
Aceptado el 20 de enero de 2023.



Psic-Obesidad está distribuido bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Tanto el sobrepeso como la obesidad se han convertido en un tema no solo de actualidad si no también necesario por considerarse como un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2000). La obesidad se ha abordado desde distintos enfoques, especialmente desde las orientaciones cuantitativas. El sobrepeso y la obesidad son condiciones que reflejan incluso, las desigualdades sociales y de género en la sociedad moderna, además de la promoción en la adopción de estilos de vida saludables, que son base de la política sanitaria que pretenden combatir, ya que los estilos de vida no son necesariamente una elección libre, esto por las influencias de los grupos de referencia, las circunstancias socioeconómicas y el conocimiento disponible empujan a las personas a hacer ciertas elecciones y a desestimar otras (Giddens, 1997).

Dorante (1997) define a la obesidad como el exceso en más del 20 por ciento del peso que le corresponde a la estatura de la persona; esto es muy lógico, pues la diferencia en estatura entre dos personas de la misma edad puede ser de hasta 15 centímetros en situaciones normales y, por lo tanto, el peso ideal de una persona que mide 1.30 metros será; diferente al de una de la misma edad que mida 1.45 metros. Sin embargo, Vera y Fernández (1989) dicen que se debe definir la obesidad como exceso de grasa corporal y no tanto como exceso de peso. Aunque estas dos medidas están correlacionadas, en muchos casos hay excepciones importantes en las que la estructura ósea eleva el peso sin que por ello haya exceso de grasa en el cuerpo; es el caso de las personas que hacen algún tipo de deporte. Por otro lado, según Saldaña y Rossell (1988), la obesidad se *define* como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal. Cuando el peso del sujeto esta entre el 100 y el 120 por ciento del peso ideal se considera que existe sobrepeso y por encima del 120 por ciento del peso ideal es considerada obesidad.

Únicamente por encima del 130 por ciento del peso ideal la obesidad se asocia a complicaciones metabólicas, cardiocirculatorias o respiratorias que pueden anticipar la muerte del individuo. Sin embargo, la institución Kinsey Centre Mèdic d' Especialitats, (1996) y Dorantes, (1997). Mencionan que, aunque la obesidad es una alteración que raramente causa la muerte por sí; misma, se ha relacionado a una serie de enfermedades que son causa de mortalidad, como la hipertensión arterial y diabetes

mellitus que pueden hasta en presentarse en personas jóvenes la artritis, los trastornos cardiovasculares, venas varicosas, incluso, las alteraciones que conducen a esas enfermedades se inician desde la niñez.

Por otro lado, se encuentran las alteraciones psicológicas que el adolescente sufre debido a la obesidad, que son muy poco tomadas en cuenta cuando es tratada la obesidad como por ejemplo se encuentran los complejos de depresión y falta de confianza en sí mismo. No todos los sujetos obesos exhiben las mismas características de distribución de la grasa, ni todos presentan las complicaciones metabólicas o cardiorespiratorias que se han señalado, ni tampoco parece que todos los obesos lo sean por la misma causa.

Diagnóstico

Dorante (1997) señala que un diagnóstico de la obesidad se basa en la medición del peso del paciente y en el reconocimiento del peso ideal para su estatura; sin embargo, en la mayoría de los casos el exceso de peso de la persona es claro y evidente para los parientes, amigos y vecinos. Siempre se habla de que para una cierta edad y estatura debe corresponder un peso ideal; el cual presentará una serie de fluctuaciones en relación al tipo constitucional de la persona. Así una persona atlética o que realiza deporte asiduamente, aun teniendo la misma edad y talla de otra persona, pero de tipo sedentario, siempre pesará más que esta última, ya que la hipertrofia muscular que posee por la práctica del ejercicio le proporcionará un incremento de masa muscular y de peso.

Por otro lado, la obesidad no ha tenido la misma consideración social estética, en todas las épocas de la historia. Por ejemplo, en los periodos que hay escasez de alimentos, o la dieta es monótona y poco sabrosa, el exceso de la masa corporal se convierte en un signo de status social. La idea de obesidad o gordura ligada a los placeres mundanos, especialmente el de la gula, tiene raíces históricas, con innumerables pruebas en las pinturas de los grandes maestros. ¿Quién no ha contemplado las serias adiposidades de las bellas damas que Rubens pinto para solaz de sus coetáneos? Se ha de tener en cuenta que los ideales estéticos cambian con los tiempos, lugares y culturas, en el pensamiento puritano, el obeso es alguien que carece de estatura moral suficiente para hacer frente

a su gula, es un pecador y un pobre de espíritu. Su estigma se centra en sus *michelines*¹. No hay una relación directa entre gula y obesidad, pero las cosas las describen más o menos así:

Si gula = pecado
y gula = obesidad
obesidad = pecado

Los obesos son pecadores, por lo que para ellos solo hay dos caminos:

- a) dejar de ser pecadores, regenerarse y perder la grasa, no volver a comer y honrar así el cuerpo que es templo de Dios, o
- b) ser condenados al ostracismo y eventualmente, a la gehenna del fuego (Alemany, 1992).

Actualmente los cánones de belleza están en la delgadez y en los cuerpos estilizados. Por ello, aparte de los trastornos orgánicos pueden surgir, paralelamente, alteraciones psicológicas producto de una autoimagen física negativa (Kinsey Centre Mèdic d'Espécialitats, 1996).

Por lo antes mencionado la obesidad es un fenómeno complejo donde no se puede hablar de una causa única sino de la interacción de varios factores como pueden ser los factores genéticos, biológicos, sociales y comportamentales que inciden en mayor o menor grado dependiendo del individuo que se trate.

De entre todos los países occidentales, Estados Unidos de Norteamérica, es el que tiene un mayor número de estudios epidemiológicos ha llevado a cabo. Tales estudios señalan que la obesidad es el número uno de los problemas nutricionales, llegando a afectar a 70 millones de norteamericanos (Jeffrey, 1976 en Vera y Fernández, 1989).

Se calcula que el 30 por ciento de los hombres y el 40 por ciento de las mujeres con edades comprometidas entre 40 y 49 años tienen, al menos, un 20 por ciento de sobrepeso (Metropolitan Life Insurance Company, 1960 en Vera y Fernández, 1989). Esta prevaencia es mayor cuando más avanza la edad y sobre todo más baja es la clase social (Stunkard, D'Acquili y Fox, 1972).

Clasificación

Existen diversos sistemas o formas de clasificación la obesidad en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o también según la causa.

Desde el punto de vista clínico - anatómico, algunos autores describen dos tipos de obesidad según la distribución corporal de la grasa: la obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo manzana y la obesidad con predominio de la grasa en la mitad en la parte inferior, o de tipo pera. El primer tipo sería más característico de los hombres se denomina **androide** y el segundo, más característico de las mujeres, obesidad **ginecoide**. En función de la edad de comienzo de la obesidad se distinguen dos formas la llamada obesidad infantil que se inicia en la infancia del sujeto y la obesidad adulta que se inicia después de la adolescencia.

En función del grado de obesidad, Stunkard (en Saldaña, 1988) ha clasificado la obesidad en tres categorías:

- 1) Leve, que corresponde del 120 al 140 por ciento del peso ideal,
- 2) Moderada que va del 141 al 200 por ciento del peso ideal; y
- 3) Grave y severa cuando el peso excede el 200 por ciento del peso ideal.

- ▶ Obesidad familiar:
 - a) Obesidad masiva.
 - b) Asociación a diabetes.
 - c) Asociadas a hiperlipidemia.

1) Obesidad de origen metabólico:

- ▶ Secundarias a ingesta excesiva:
 - a) Espontanea
 - b) Experimental.
- ▶ Secundaria a desequilibrio energético:
 - a) Mayor aporte que gasto energético.
 - b) Alteraciones en la termogénesis.

¹ Etiqueta y personaje promocional de llantas para vehículos.

Genética

Con respecto a la genética estudios recientes han comprobado que existen factores genéticos en la obesidad. No sólo se repiten tendencias metabólicas de acumulación de grasa, sino que los hábitos culturales alimenticios y sedentarios contribuyen a repetir patrones de obesidad de padres a hijos. Una significativa parte de los casos de obesidad que no tienen origen genético nacen de desarreglos hormonales o endocrinos, y pueden ser susceptibles de solución mediante los respectivos diagnósticos especializados; no mediante el uso indiscriminado de drásticas dietas que suprimen tanto el azúcar como otros importantes nutrientes y causan aún más problemas al organismo.

De manera que ante un problema de obesidad lo mejor es explorar estas posibilidades médicas y no matarse de hambre. Pero cuando el origen de un caso de obesidad radica definitivamente en la comida, se puede concluir que el azúcar no es más responsable que ningún otro alimento en la causa de la obesidad. Entre tantos estudios hechos en relación a la obesidad genética; se ha demostrado que la obesidad es un fenómeno hereditario en los animales (Bray & York, 1971, en Vera y Fernández, 1989), no existe evidencia suficiente y definitiva en humanos, ya que los estudios son observacionales y no manipulativos en humanos. De cualquier manera, de aquí no se puede concluir que la obesidad es debida al aspecto genético, ya que la obesidad puede ser a causa de factores ambientales de aprendizaje a los hábitos. La obesidad se convierte en una "condición percibida", se es o no obeso en la medida en que se percibe como tal, y en este sentido tienen el mismo problema psicológico una persona que siendo delgada se percibe como obesa, como un obeso que, al margen de razones médicas, desea perder peso por razones estéticas. Teniendo presente, no cabe duda de que el momento actual se caracteriza por grandes contradicciones culturales.

Hábitos alimentarios

A este respecto Dorante (1997) dice que en la mayoría de los casos iniciales o leves no es necesaria la intervención médica, y cambios menores y obvios en hábitos de alimentación y actividad física permitirán el control del problema y evitarán que el pequeño se convierta en un obeso.

Es muy frecuente que acostumbremos a los bebés al sabor dulce, agregando azúcar o miel a las mamilas o a los diferentes alimentos y se hace poco por irlos introduciendo a sabores nuevos de frutas y verduras que son tan necesarias para un hábito alimentario adecuado.

Esto debe cambiar, podemos empezar por eliminar el exceso de grasa, harinas, azúcar, dulces y alimentos chatarra y tratar de sustituirlos por verduras y frutas en forma gradual, manteniendo el aporte de proteínas (leche, carne, huevo) constante a fin de no afectar su nutrición. También hay que tratar de aumentar la actividad física del niño.

Con respecto a los hábitos alimenticios Vera y Fernández, (1989) dicen que la obesidad resulta de un exceso en el consumo de calorías ya que el obeso consume una cantidad de calorías que excede a su gasto. Pero también se debe a un déficit metabólico. Muchas personas eliminan el azúcar y los dulces de su dieta, pero siguen consumiendo grasas y carbohidratos probablemente en mayor proporción que antes. Eliminar el azúcar del café; que nos tomamos después de una hamburguesa con queso es absurdo. Tal vez convenga reemplazar la hamburguesa, o al menos el queso, por algo menos calórico, pero no el azúcar, que es necesario para el balance energético del organismo. Varios autores afirman que los alimentos dulces contribuyen más a la obesidad porque la dulzura es irresistible. La dulzura contribuye a la nutrición porque hace más atractivos ciertos alimentos; pero las preferencias de las personas por los alimentos son heterogéneas. Algunos engordan porque el maní les resulta irresistible, otros por el pan con mantequilla de leche o de maní, o por las grasas. La gordura es muchas veces simplemente cultural; en algunos grupos sociales determinados, estar gordo es símbolo de estar bien, de no ser pobre o marginado; la flacura es signo de pobreza.

En otros, hay patrones y hábitos alimentarios diseñados alrededor del trabajo físico; la dieta campesina en Latinoamérica es sumamente fuerte y rica en carbohidratos antes que en vegetales o proteínas. Han desaparecido muchos de los patrones de actividad laboral que dieron origen a estas dietas, pero los platos se conservan en la tradición gastronómica. Así, nos encontramos con el mismo arroz con frijoles, longaniza y chicharrón que era tradicional para dar energía al colono que derribaba árboles, en la dieta del oficinista sedentario, que irremediablemente aumenta el perímetro de su cintura y la flacidez de sus músculos.

Según la doctora Mary Klem (2000)² señala que la razón para mantenerse estables en el peso, una vez perdidos los kilos que sobran, de todas estas personas fue muy simple: solamente voluntad. “Voluntad para ser cuidadoso con la dieta, olvidarse casi de las grasas y de la comida basura y voluntad también para hacer del ejercicio físico un compromiso diario”, asegura la doctora Klem.

Hábitos deportivos

Con respecto a la actividad física; la investigación se ha centrado en la evaluación de la energía consumida por las personas obesas, el estudio de la energía que gastan está cobrando cada vez mayor auge. La forma como se mide la energía gastada es a través de la actividad física. Se debe tener en cuenta que esta es solo una pequeña cantidad del total de energía gastada. El metabolismo basal es el responsable de la energía que gasta el cuerpo en estado de reposo. Por tanto, el metabolismo consume una cantidad de energía muy superior a la del estado físico en sí mismo. Por otro lado, se ha comprobado que la tasa metabólica o la velocidad con que el organismo consume la energía puede cambiar en una persona con el paso del tiempo. Hay autores que demuestran que hay una reducción del 15 por ciento al 30 por ciento en la tasa metabólica (Apfelbaum, Bostsarron y Lacatis, 1971; Bray, 1969; Wooley, Wooley y Dyrenforth, 1979 en Vera y Fernández, 1989), lo que supone que el organismo se acostumbra a un nivel calórico determinado y a pesar de la disminución en el consumo de calorías mantendría su peso debido a la reducción en la tasa metabólica.

Por otro lado, como indican Saldaña y Rossell (1988) hay claros indicios de que el ejercicio físico puede incrementar el ritmo metabólico. Si esto se comprueba plenamente nos encontraremos con la mejor forma de contrarrestar el posible decremento que parecen producir las dietas (Vera y

Fernández, 1989). En un artículo de cirugía de la obesidad el Hospital Cristiano Jerusalén (1996), pide al paciente un aumento en su actividad física para que consuma más energía y así su cuerpo tenga mejor adaptación a la pérdida de peso. Por lo ya mencionado sobresale la atención individualizada con una evaluación de cada persona con condición corporal de sobrepeso u obesidad, de tal forma que sepamos que objetivos y metas se pueden alcanzar con el plan de tratamiento, sus estrategias y cuidados de forma más eficaz.

Referencias

- Alemany, M. (1992). *Obesidad y nutrición*. Alianza Editorial.
- Córdoba, V. (1996). OBESIDAD La voluntad: clave para conservar el peso. <https://www.elmundo.es/salud/1996/219/01562.html>.
- Dorante-Álvarez, L. M. (1997). *Consejos Médicos / obesidad en el niño y el joven*. <http://www.traders.co.uk/insulintrust/drjoe/obesidad.htm.-size-6k-11-feb-1997Spanish>.
- Giddens, A. (1997). *Sociología*. Alianza Editorial.
- Hospital Cristiano Jerusalén. (1996). *Cirugía de la obesidad*. <http://www.publinet.co.cr/Jerusalem/Estetica /esp-adelgazar.htm/-size-4k-27-apr-96 Spanish>.
- Kinsey Centre Mèdic d'Espesialitats. (1996). *Kinsey. Sobrepeso*. <http://www.teclata.es /Kinsey /cast /t3.htm.-size-2k-05-Dec-1996-Spanish>.
- Klem, M.L. (2000). Weight Loss Motivations and Long-Term Weight Loss. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Research Project (R01). 5R01DK058387-05. University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA. <https://grantome.com/grant/NIH/R01-DK058387-05>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Ediciones Martínez Roca.
- Stunkard, A., d'Aquili, E., Fox, S., & Filion, R. D. (1972). Influence of social class on obesity and thinness in children. *JAMA*, 221(6), 579–584. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5068079/>
- Vera-Guerrero, M. N. y Fernández-Santiago, M. C. (1989). *Prevención y tratamiento*. Martínez Rocha Editoriales.

² (jueves, 24 de Octubre de 1996) La semana pasada se dieron a conocer, en el transcurso de una reunión de la Asociación Norteamericana para el Estudio de la Obesidad, celebrada en Colorado, los datos de un grupo muy singular de personas que llevaba cinco años por lo menos manteniendo el peso que había perdido después de haber llevado a cabo una dieta estricta. Los 786 exobesos que han conseguido no volver a ganar los kilos perdidos (la media fue de 30 kilos de pérdida de peso en cada uno de ellos) conforman el más numeroso grupo de personas de estas características seguidas a largo plazo y estudiadas con metodología científica (Córdoba, 1996)

Lecturas recomendadas

Bess, Y. O. D., Valiente, Y. T., Pérez, C. D., & Martínez, Y. Q. (2018). La obesidad: un desafío para la Atención Primaria de Salud. *Revista Información Científica*, 97(3), 680-690. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82095>

Fernández, S. D., de Valderrama, B. V. F., Ortega, R. M. M., Laín, S. A., Blanco, C. R., y Soria, D. J. V. (2019). Familias+ Activas: Enfermería Familiar y Comunitaria ante el reto de la atención a la Obesidad Infantil en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(3), 28-40. <https://>

dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071442
Hernández Rodríguez, J. (2018). Recomendaciones para el tratamiento médico de la obesidad exógena en el nivel primariodeatención. *RevistaCubana de Medicina General Integral*, 34(3), 123-144. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000300013&script=sci_arttext&lng=en

Rosero, R. J., Polanco, J. P., Sánchez, P., Hernández, E., Pinzón, J. B., & Lizcano, F. (2020). Obesidad: un problema en la atención de Covid-19. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1035>

