

# 1. Trabajos de difusión en investigación

## La obesidad, resultado de la interacción con el ambiente

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS

UNAM, Preparatoria 3

*Mayor combustión exterior, menor combustión interior*  
RSGR, 2019

### RESUMEN

La obesidad ha sido considerada una enfermedad multifactorial y multicausal. Resientes consideraciones resaltan el papel del ambiente en su mantenimiento al afectar el estado de salud integral del individuo, la calidad de los alimentos, entre otros. Su describen las características de la obesidad, su atención y los modelos que incluyen al ambiente como factor que incide. Es relevante el conocimiento del equipo multidisciplinario de salud acerca del conocimiento del paciente y del problema en particular que presenta el paciente, las herramientas teóricas que le permiten abordar a cada paciente, dando lugar a una cosmovisión integral con mayor explicación a la condición de salud del paciente, y establecer las estrategias terapéuticas más acordes a cada caso.

Palabras clave: cosmovisión, ambiente, obesidad, modelos explicativos.

La presente revisión de la Obesidad describe las características de las dimensiones que la integran para abordar su relación con el ambiente.

En el tejido adiposo se acumula la energía que transforma el organismo para realizar sus funciones vitales y su desplazamiento. En las primeras etapas de la historia del ser humano, el tejido adiposo se considera con mayor frecuencia como fuente de energía y no como depósito de cantidades masivas de grasa, los mecanismos que favorecen el intercambio de las grasas son diversos. Por el contrario, el tejido adiposo del hombre moderno se considera con más frecuencia almacén de exceso de energía que sistema de movilización de la misma, su consecuencia es la manifestación de una enfermedad más común e incapacitante de la población mundial: *la obesidad*.

*Características físicas:* La obesidad puede definirse como adiposidad mayor de la necesaria para la salud. Hoy en día, la valoración práctica más popular de la adiposidad es por el uso del índice de masa corporal (IMC) derivado de peso/talla al cuadrado que es independiente en gran parte de la talla. Sin embargo este método pasa por alto las diferencias en la composición corporal y en el tamaño de la estructura. En años recientes, se

ha introducido la medición del espesor de los pliegues cutáneos como método relativamente simple para valorar la grasa corporal. Un espesor cutáneo en la región tríceps igual o superior a 23 mm en el varón y a 30 mm en la mujer entre 30 y 50 años es indicativo de obesidad.

*Consecuencias para la salud:* Los pacientes obesos presentan riesgos quirúrgicos mayores que los delgados. Aunque la obesidad no es causa directa del inicio de ciertas enfermedades tiende a encubrirlas o a agravarlas, mientras que se reducen las alteraciones subyacentes, entre éstas se incluyen la diabetes, la hipertensión, y enfermedades óseas articulares y musculares. La obesidad extrema dificulta la respiración, disminuye la reserva y la capacidad máxima respiratorias, y produce cambios en la circulación sanguínea que resultan en disnea.

*Etiología:* La obesidad resulta de un desequilibrio entre el aporte de energía, su consumo y los depósitos de la misma. La obesidad abarca diversos trastornos que se van identificando con forme avanza la ciencia y en los cuales influyen muchos factores.

*Ambiente:* La tendencia familiar a la obesidad puede deberse a que miembros de una misma familia tienen costumbres y preferencias similares. La alimentación es una de las actividades sociales más importantes, tanto en familia como en círculos de amistades. Las normas aceptadas respecto a la forma y el volumen del cuerpo, influyen en las ideas de las diferentes personas. Los conceptos culturales, profundamente enraizados, constituyen obstáculos difíciles de superar en la lucha contra la obesidad.

*Prevención:* En algunas comunidades, la preferencia de los consumidores está basada en la persuasión y no tanto en la necesidad, que con frecuencia tiene el efecto de promover el consumo excesivo de alimentos y la compra de aparatos que evitan esfuerzos. Así como la obesidad es resultado del aumento gradual e imperceptible a través de los años, el control del peso es una cuestión de resistencia diaria a los pequeños excesos en la ingestión de energía y ejercicio constante. La orientación nutricional en clínicas, hospitales, escuelas, universidades y a través de los medios, debe dirigirse hacia el cuidado a la salud y en la prevención del sobrepeso, sobre todo en ciertos periodos cuando es más probable que ocurra, como en el embarazo, la menopausia, la reducción en la actividad física -por cualquier causa-, o la adolescencia.

Recibido en 17 de mayo de 2019.  
Aceptado el 21 de febrero de 2020.

*Atención y tratamiento:* Desde la psicología, la atención desde el modelo cognitivo conductual se basa en la modificación de hábitos alimentarios y del estilo de vida del paciente obeso, incidiendo en que las conductas son aprendidas en cierto grado por lo que puede haber reaprendizaje y que, sin importar la etiología de la obesidad, su expresión sintomática es causada por el exceso de energía almacenada con escaso gasto de energía. Por ello se debe analizar las circunstancias en las que tiene lugar la alimentación y su consecuente almacenamiento.

**OBESIDAD Y AMBIENTE**

Prochaska et al en 1992, señalan como estrategia del proceso ambiental: la reevaluación del medio ambiente; evaluar cómo el problema afecta en su entorno familiar y físico.

El estudio de Portocarrero-Flores et al de 2016, señalan que el tratamiento debe ser reconocido por las personas [obesas], aceptados y puestos en práctica. *Es fundamental conocer la cosmovisión que tienen las personas con exceso de peso, para identificar puntos clave al momento de la intervención...* (Página 8). El aumento en el índice de masa corporal (Dalh et al., 2014) se origina principalmente a partir de cambios de comportamiento y ambientales. Para ello, los individuos tienen que identificar su disposición al cambio de conductas dirigidas a consumos saludable, llevar a cabo actividad física (Greene et al., 2013).

Se observan los cambios en los consumos y la provisión de alimentos para establecer las intervenciones adecuadas a cada caso de las personas con sobrepeso u obesidad. Como se ha señalado se toman en cuenta los siguientes:

- a) Cambios en los hábitos de consumo de alimentos y, especialmente, en la actividad física, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo; b) Cambios en los hábitos de vida alimentarios son patentes, y

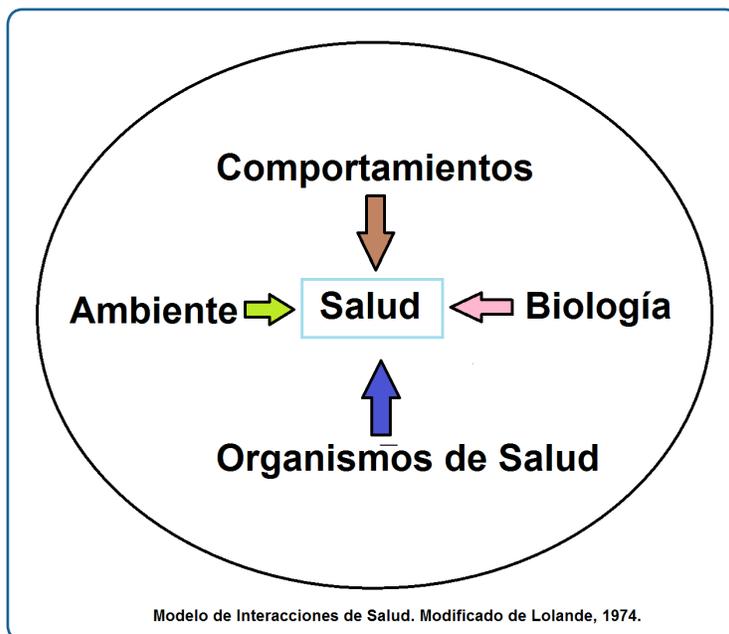
las poblaciones con muchos recursos toman cantidades muy grandes de alimentos. A veces se habla de que se toma más grasa, más hidratos de carbono..., y es cierto, pero más allá de esto, lo que se toman son grandes raciones de alimentos, y se toman alimentos con una densidad energética muy elevada; C) En países emergentes, se está dando una doble carga de malnutrición por defecto y por exceso, y es bastante frecuente ver, por ejemplo en Latinoamérica y en algunos países asiáticos, individuos que tienen deficiencia de hierro, cinc, o vitamina A, y que sin embargo son obesos; d) El abandono de los estilos de vida saludables, y esto se resumiría en dos conceptos: uno es que gastamos menos energía de la que solíamos gastar, y el otro es que ingerimos más energía de la que solíamos ingerir (Salabert, 2019).

La interacción nutrición-alimentación, con actividad física y reposo y con medioambiente, son los elementos básicos para la salud y la prevención de las enfermedades y, en particular, la obesidad.

Se concluye en una propuesta que abarca el ambiente, la persona y su condición de peso corporal:

El modelo del tratamiento es operativo, consisten en tres etapas: tratamiento inicial, monitoreo y seguimiento integral.

*La primera etapa* se divide a su vez en tres áreas: Biológica, donde se busca la historia familiar y personal, donde se contemplan gustos de alimentación; exploración física; talla; peso y signos vitales. Se solicitan estudios de laboratorio tales como biometría hemática, química sanguínea, orina, colesterol, triglicéridos, entre otros; psicológica. Se elaboran y aplican cuestionarios sobre factores asociados, socioeducativos y programáticos en reconocer hábitos y componentes alimenticios; y social se analizan las interacciones sociales y familiares. *En la segunda etapa o monitoreo* se divide en tres áreas: Biológica: se evalúan los exámenes de laboratorio; se detectan las causas y consecuencias



de la obesidad. En el área psicológica se analizan los factores y su asociación con la condición de salud del paciente. Y en la tercera etapa o seguimiento integral, se registran signos vitales, patologías clínicas y químicas, la elaboración y aplicación de una rutina de ejercicios, control del sueño y vigilia. Seguimiento del estado de ánimo, la comunicación que se da con su familia y el resto de las personas con las que se relaciona, se trabaja sobre la reflexión del futuro y vida, disfrute del presente, se procura el desánimo del paciente por parte de la familia. En resumen se plantea un equilibrio integral (Orozco-Heredia, 1995).

Para concluir, la integración del factor "ambiente" a la obesidad se da:

Bajo el paradigma de la complejidad y el enfoque complejodiológico, entre otros (Morales, 2010).

De las relaciones entre la persona y sus problemas, fundamentalmente de salud en tres aspectos: su naturaleza personal, cuerpo, o terreno; su biografía y los ambientes físico, biológico y humano donde se desenvuelve (Martínez-Cortés, 1995; Vargas y Casillas, 2008).

Por el modelo de Salud de Lolande (1974): que considera cuatro aspectos: *El medio ambiente*: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común; *estilos de vida*: Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud; *Biología humana*, relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas; y *la atención institucional* que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

Y del modelo transteórico (MT) que plantea que las personas tienen diversos niveles de motivación y propósito para modificar su conducta; integrado por una serie de premisas respecto a la naturaleza del ajuste de comportamiento que hace el individuo y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicha modificación (Berra -Ruiz y Muñoz- Maldonado, 2018).

Considerar la cosmovisión del equipo de salud, la cosmovisión de los propios pacientes y su encuadre cultural.

## REFERENCIAS

- Berra -Ruiz, E., & Muñoz- Maldonado, S.I. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(1), 21-31.
- Dahl, A., Reynolds, C., Fall, T., Magnusson, P., & Pedersen, N. (2014). Multifactorial analysis of changes in body mass index across the adult life course: study with 65 years of follow-up. *International Journal of Obesity*, 38(8), 1133-1141.
- Greene, G., Redding, C., Prochaska, J., Paiva, A., Rossi, J., Velicer, W. & Robbins, M. (2013). Baseline transtheoretical and dietary behavioral predictors of dietary fat moderation over 12 and 24 months. *Eating Behaviors*, 14(3), 255-262.
- Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Martínez-Cortés, F. (1995). El hombre y su padecer, centro de nueva medicina. *Médico Moderno*, XXXIV (2), 68-78.
- Morales, A. (2010). Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia. *Comunidad y Salud*, 8(2), 81-88.
- Orozco-Heredia, M.A. (1995). *Tratamiento integral del paciente obeso en el primer nivel de atención*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina: Inédita.
- Portocarrero-Flores, d., Zamora-Silva, j.c., & León-Jiménez, f. (2016). Conocimientos, actitudes y creencias en personas con sobrepeso-obesidad sobre riesgo cardiovascular en Lambayeque, Perú. *Rev Med Hered*, 27, 7-14.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Salabert, E. (2019). *Entrevista al Profesor Ángel Gil, Presidente de la Sociedad Española de Nutrición y de la Fundación Iberoamericana de Nutrición*. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/obesidad/entrevista-profesor-angel-gil-experto-en-obesidad-y-nutricion-12458>. Acceso; 15-07-2019.
- Vargas, L.A., & Casillas, L.E. (2008). Comer, beber, cuerpo y cosmovisión, un viaje de ida y vuelta. *An. Antrop.*, 42, 87-115.



Plenitud 2018  
RSGR Archivo personal