

4. Como, luego existo

La relación del factor psicológico con el estrés en la prevalencia de obesidad

M.C.P.S.S. KAREN CARMINA HERNÁNDEZ ROJAS

Las primeras representaciones de seres humanos obesos se remontan a figuras de piedra donde se observa una silueta femenina marcadamente redonda, como la Venus de Willendorf. En la edad Media, la religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes a la comida y el peso corporal. Por un lado, la obesidad era poco frecuente, ya que la comida era escasa y las plagas comunes. Sin embargo, la obesidad era un regalo de Dios, uno de los círculos estaba destinado a los glotones. El ayuno, frecuente en todas las religiones, era una forma de mostrar respeto, pero los placeres del buen comer con la consecuente obesidad eran privilegio de clases sociales como los reyes (Enrique VIII) o cardenales o papas (Méndez y Uribe, 2002).

En el México prehispánico, en numerosos pueblos el adelgazar significaba peligro e inclusive enfermedad terrible. Se consideraba que la pérdida de peso corporal, resultaba de un daño ocasionado por otra persona, que se había introducido en el paciente para prosperar a expensas de su propia sustancia. A medida que los conquistadores españoles se adentraron en territorio mexicano se fue generando una serie de cambios en la alimentación. Por un lado, la comida tradicional indígena se integró con animales hasta entonces desconocidos en América, como los pollos, ganado vacuno, ovejas, cabras y cerdos. También se integró el uso de granos como el arroz, cebada, garbanzo, centeno, ajonjolí, lenteja, avena y principalmente el trigo. De verduras como la zanahoria, col, rábano, alcachofa, perejil y chícharo. De especies como pimienta, clavo, nuez moscada, azafrán, canela y algunas plantas como la caña de azúcar. Nuestra cocina hoy en día es producto del mestizaje (Méndez y Uribe, 2002).

Se ha definido a la obesidad como una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. Esta enfermedad se puede categorizar de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC), en este caso, con uno mayor o igual a 30 kg/m². En el 2017, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo

Económico (OCDE, 2017) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa. La definición de la Organización Mundial de la Salud - 2017 (OMS, 2017) es la siguiente: 1) un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y 2) un IMC igual o superior a 30 determina obesidad (OMS, 2017).

La Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral de la obesidad (2016), define la obesidad como “enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina con diferentes puntos de corte de acuerdo con el grupo etario”; y al sobrepeso como una “condición de riesgo para la obesidad que se determina con diferentes puntos de corte de acuerdo con el grupo etario (Norma Oficial Mexicana, 2016).

Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, razón por la que la Organización Mundial de la Salud (OMS), denomina a la obesidad como la epidemia del siglo XXI. De hecho, el exceso de peso corporal constituye el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3.4 millones de personas adultas a consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44 % de la carga de diabetes, el 23 % de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 % y el 41 % de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (Dávila, González y Barrera, 2015).

México pertenece a las naciones con mayor obesidad en adultos en el mundo, esto de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la cual está compuesta por 35 países, con representación de cada continente. De acuerdo al reporte de Obesity Update de 2017, más de la mitad de los adultos y casi 1 de cada 6 niños padecen sobrepeso u obesidad en países asociados a la OCDE. El 19.5% de los adultos de los países que pertenecen a esta organización tiene obesidad y los países con mayor prevalencia son: 1) Estados Unidos con 38.2%, 2) México con 32.4% y 3) Nueva Zelanda con 30.7%. Los países con menor nivel prevalencia de obesidad en adultos son Japón (3.7%) y Corea del Sur (5.3%). Se proyecta que la obesidad en México aumente a 39% y en Estados Unidos a 47% para 2030.

Recibido el 27 de noviembre de 2018.
Aceptado el 8 de enero de 2019.

FACTORES DE RIESGO EN LA OBESIDAD

La obesidad es el resultado directo de un balance positivo y crónico de energía, es decir de una ingestión de energía superior al gasto energético. El balance energético está también modulado por factores fisiológicos, genéticos y epigenéticos. Las causas inmediatas de la obesidad se refieren a una elevada ingestión y un bajo gasto de energía, mediados por la dieta y la actividad física en el trabajo, la recreación y el transporte (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2013).

Las comodidades generadas por el progreso económico que redundan en avances tecnológicos, como los medios de transporte mecánicos, la televisión y la computación, entre otros, hace que la población en general, realice un mínimo de esfuerzo en su vida diaria. Es común escuchar al trabajador que las actividades laborales le reducen la cantidad de "tiempo libre" por las demandas que en su trabajo le exigen cumplir; lo que puede ocasionar que el tiempo y la energía que se dediquen a las actividades familiares y recreativas (como la realización de actividad física), se vean disminuidas, alejándose de los beneficios físicos y psicológicos que otorga la práctica regular de la actividad física; afectando su salud, calidad de vida y desempeño laboral. Aunque la mayor parte de las personas realizan la actividad física fuera del campo del trabajo, como en centros fitness o gimnasios, debido al gran número de horas al día que se dedica a las actividades laborales, es común que los trabajadores argumenten la falta de tiempo para realizar la actividad física (Reynaga, Arévalo, Verdesoto, Jiménez, Preciado y Morales, 2016).

A su vez, estas causas inmediatas son influenciadas por causas subyacentes como la alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas, el mercadeo masivo de alimentos procesados, los bajos precios relativos por caloría tanto de alimentos procesados con alta densidad energética como de bebidas con aporte calórico. Un factor subyacente reconocido es la pérdida de la cultura alimentaria tradicional, causada por diversas razones, incluyendo el tiempo limitado para la compra, selección y preparación de alimentos, la disponibilidad y accesibilidad a alimentos con alto contenido energético y bajo costo, así como la publicidad de alimentos y bebidas procesados que ha acompañado el fenómeno de la globalización (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2013).

Se ha especulado también sobre la posible influencia de factores psicosociales en el consumo de dietas con alto aporte de energía. Es posible que la obesidad esté relacionada con factores psicológicos y con la respuesta del individuo a determinadas experiencias emocionales (negativas o positivas); por otro lado, la propia psicopatología conlleva a la pérdida de la estructura en la alimentación y al sedentarismo, con la subsecuente ganancia de peso, conformándose así un círculo vicioso (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2013).

También existe una relación inversa entre la Condición Socio-Económica (CSE) y la obesidad en la mujer que podría estar mediada por cuatro factores. El primero destaca que las mujeres de CSE alta de sociedades desarrolladas poseen el hábito de hacer dieta y restringir el consumo de alimentos, lo cual no es frecuente en la CSE baja. En segundo lugar, existe una mayor práctica de actividad física en mujeres de CSE alta, producto de mayor disponibilidad de tiempo y mayores oportunidades de hacer ejercicio con fines creativos. El tercer factor asocia la CSE con el aspecto hereditario, lo cual prevalece al parecer en muchas familias de CSE baja. Por último, existe la idea de que adoptar una dieta saludable implica una mayor inversión de recursos económicos, justificando así el incumplimiento (Manrique, 2017).

En el caso de México, a pesar de las diferencias sociales, esta preocupación está presente en todos los sectores urbanos, aunque no se manifiesta del mismo modo. En los sectores más bajos la preocupación por la imagen corporal es importante, como una cuestión de salud y también como un asunto de vanidad. En contraste, en los sectores medios y altos, la imagen y la salud son claramente percibidos como símbolos de bienestar, no sólo por cómo se siente sino, y básicamente, por cómo se ve (Bertrán, 2010).

LA OBESIDAD Y LA RELACIÓN CON EL ESTRÉS

El gran interés actual por la obesidad radica en que ésta genera una gran afectación de la salud a niveles individual y social, y que, además lo hace de una forma severa. Los problemas de salud asociados con la obesidad se ubican fundamentalmente en dos grandes áreas: salud física y salud psicológica (Baile y González, 2013).

El estrés por sí solo estimula al sistema de recompensa vía amígdala/ VTA y a través de las hormonas orexígenas, así como el de opioides endógenos activando todo como un mecanismo de defensa neurofisiológico que hace posible sobrevivir al estrés. Como la ingesta es la forma más accesible y poderosa de reducir la actividad del eje HPA, comer es una solución eficiente que puede ser usada sin necesidad de realizar los procesos psíquicos más complejos que requieren la maduración de las áreas involucradas en la simbolización de la experiencia (Cordella y Moore, 2015).

La especie humana se caracteriza por ser capaz de manejar diversos códigos simbólicos que complejizan la administración fisiológica del cuerpo al anejarle significados culturales. Es decir, podemos regular las respuestas fisiológicas a través de procesarlas en los filtros de significados positivos o negativos que la cultura les tiene preferentemente asignados. Es a través de estos procesos que se traspasan los modos de gestionar estados emocionales, especialmente los relacionados con la alarma ambiental que justamente usan el eje HPA. El sistema de alarma está representado por la amígdala, el sistema CRF distribuido en el cerebro, el hipocampo y la CPF los cuales van siendo moldeados

por la sociedad. Ellos realizan la tarea de mentalizar, es decir, de ir uniendo los estados fisiológicos de la persona con algún referente que le dé significado. Cuando hablamos de relación diádica nos referimos al ambiente social y emocional del desarrollo cerebral-mental. Es el lugar de encuentro desde el cual será regulado el estrés a través de conductas de cuidado y, por otro lado, donde se produce la copia y el acoplamiento a estos procesos. Es desde donde emergen los patrones de conexión regulatoria del estrés y la motivación. También es el lugar donde se produce la evaluación social y como tal puede ser fuente de estrés (Cordella y Moore, 2015).

Se define la IC como una representación mental constituida a partir del tamaño, figura y forma del cuerpo. Dicha representación mental se fundamenta en tres aspectos: 1) las medidas que se le atribuye al propio cuerpo, 2) los pensamientos, sentimientos y valoraciones que provoca la imagen de su cuerpo al propio individuo, y 3) las acciones que realiza el individuo de acuerdo a su autopercepción (Vaquero, Alacid, Muyor y López, 2013).

Raich (2000 en Ramos, Rivera, Soledad, Lara y Moreno, 2016) define la imagen corporal como constructo complejo, que incluye tanto la percepción de todo el cuerpo y sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones, así como los comportamientos derivados de las cogniciones y los sentimientos que experimentan. De este modo, la imagen corporal puede entenderse como un constructo multidimensional en continuo cambio e interacción y comprende tres componentes fundamentales: la percepción global de todo el cuerpo y cada una de sus partes, la satisfacción con la imagen corporal y las consecuencias conductuales.

En la conformación de la imagen corporal y, por tanto, también en la alteración de su percepción, intervienen variados aspectos biopsicosociales. Uno de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los estereotipos corporales son los factores socioculturales, entre los cuales destacan el modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea, los patrones estéticos, la clase social, el mundo del modelaje, los medios de comunicación, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo. Por otro lado, entre los factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal, se encuentran las diferencias de género en torno a las actitudes corporales, la feminidad, el factor étnico, los patrones de crianza de la familia, la interrelación con las amistades, las críticas o burlas, el desarrollo físico y el reforzamiento social, la adolescencia, el perfeccionismo y los sitios de internet (Cruzat, Díaz, Lizana y Castro, 2016).

Las investigaciones realizadas evidencian que, en la etapa de la adolescencia, la delgadez está asociada a una valoración socialmente positiva, siendo un símbolo de belleza, éxito y perfección, mientras que la gordura

implica sentimientos asociados con el fracaso y está cargada de connotaciones negativas. A pesar de que este fenómeno puede ocurrir en los adolescentes de ambos sexos, numerosos estudios encuentran mayor impacto en las chicas. El mayor peligro que conlleva el descontento con la imagen corporal es el consecuente control de peso, llegando a utilizar métodos inapropiados y poco saludables, situación además más frecuente en el caso de las chicas (Ramos, Rivera, Soledad, Lara y Moreno, 2016).

Diferentes estudios han señalado que las mujeres muestran mayor preocupación por su cuerpo y su imagen, siendo más criticadas que los hombres y manifestando mayores niveles de estrés asociados a esta presión social. Los modelos de exigencia social basados en los estereotipos del cuerpo perfecto, y la exigencia en proyectar socialmente una imagen de "belleza y delgadez" tienen mucho peso sobre el cuerpo femenino (Linares, Linares, Schmidt, Mato, Fernández y Cruz, 2016). El tamaño, la medida, la forma y el peso, bien del cuerpo en su totalidad o en sus distintas partes, están asociados con la representación mental que cada individuo crea con relación a sí mismo, y engloba pensamientos, valoraciones y sentimientos. Esto convierte a la IC en un constructo complejo de abordar, al incluir la percepción de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, así como, función, movimientos y limitaciones (Guadarrama, Hernández y Veyta, 2018).

La alteración de la imagen corporal ha sido considerada entre los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria. La distorsión de la imagen corporal puede oscilar desde un grado leve a severo y posee un valor predictor pronóstico. La insatisfacción corporal se ha relacionado con la presencia de obesidad en adolescentes. Un trabajo con estudiantes chilenos de enseñanza media mostró que los adolescentes asocian el concepto de obesidad con calificativos que revelan insatisfacción corporal, además de asociarla a depresión, ansiedad y baja autoestima, entre otros. Otros estudios han encontrado correlación positiva y significativa entre Índice de Masa Corporal (IMC) e insatisfacción con la imagen corporal. En adolescentes con sobrepeso y obesidad se ha observado que las mujeres están significativamente más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres. Además, las mujeres sobreestiman más que los varones el IMC autopercebido/real (Cruzat, Díaz, Lizana y Castro, 2016).

Dado el especial impacto que el sobrepeso y la obesidad tienen en la imagen corporal, y, por tanto, en la satisfacción corporal, se considera necesaria la evaluación de esta variable. La evaluación de la imagen corporal nos permite alcanzar diversos objetivos. Por una parte, podemos comprobar si este aspecto se encuentra alterado en el paciente y con ello tener una visión más completa de la situación. También nos puede servir como elemento explicativo, dado que las relaciones entre insatisfacción corporal y sobrepeso u obesidad no son

unidireccionales; no siempre es la obesidad la causa de la insatisfacción corporal, puede haber casos donde un rechazo del propio cuerpo por motivos distintos del peso lleve a una persona a una alteración de hábitos de alimenticios o de otra índole que desemboquen en un problema de obesidad. Por último, puede proporcionar un indicador de <<recuperación psicológica>>, en el proceso de intervención, es decir, podemos utilizar la satisfacción con la imagen corporal como un objetivo terapéutico más y posterior termómetro de recuperación global, dado que el empleo del IMC como único indicador de mejoría no sería adecuado (Baile y González, 2013).

Independientemente de los instrumentos que se utilicen, los resultados ponen de relieve la importancia de tener en cuenta la percepción y la insatisfacción corporal de los pacientes sobre su imagen corporal a la hora de diseñar, desarrollar e implantar programas de intervención destinados a la prevención de tratamiento de trastornos alimenticios. Así mismo, las diferencias de género, apuntan a la necesidad de tener en cuenta las distintas percepciones de mujeres y hombres para aumentar las probabilidades de éxito de las intervenciones.

REFERENCIAS

- Baile-Ayensa, J. y González-Calderón, M. (2013). Intervención psicológica en obesidad. *Manuales Prácticos, Ediciones Pirámide*. Madrid.
- Bertrán-Vilá, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *20(2):387-411*. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000200004&script=sci_abstract&lng=es
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P. y Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Rev. Méd. Chile, 144(6): 743-750*. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600008&lng=es
- Cruz-Sáez, M., Pascual-Jimeno, A., Wlodarczyk, A., Polo-López, R. y Echeburúa-Odrizola, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria, 33(4), 935-940*. Disponible en <https://dx.doi.org/10.20960/nh.395>
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. y Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc., 53(2), 240-9*. Disponible en <http://www.medigraphic.com>
- Guadarrama, R., Hernández, J., y Veyta, M. (2018). Cómo me percibo y cómo me gustaría ser. Un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 5(1), 37-43*. Disponible en <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/68977>
- Linares-Manrique, M., Linares-Girela, D., Schmidt-Rio-Valle, J., Mato-Medina, O., Fernández-García, R. y Cruz-Quintana, F. (2016). Relación entre autoconcepto físico, ansiedad e IMC en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, España, 16(63), 497-519*. Disponible en http://www.redalyc.org/pdf/542/54247310007_2.pdf
- Manrique, H. (2017). Impacto de la obesidad en la salud reproductiva de la mujer adulta. *Rev. Perú Ginecol Obstet., 63(4), 607-614*. Disponible en http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2036/pdf_493
- Méndez-Sánchez, N. y Uribe, M. (2002). *Obesidad: epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. Segunda edición.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016. (2016). Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469855&fecha=25/01/2017
- Organización Mundial de la salud (OMS). (2017). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE). (2017). Obesity Update. Disponible en http://oment.uanl.mx/descarga/obesity-update-2017_ocde.pdf
- Pasca, A. J. y Montero, J. C. (2015). *El Corazón del Obeso*. Buenos Aires: Intermédica.
- Ramos, P., Rivera, F., Soledad-Pérez, R., Lara, L. y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología, 9(1), 42-50*. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v9n1/informe5.pdf>
- Rivera-Dommarco, J. A., Hernández-Ávila M., Aguilar-Salina, C. A., Vadiello-Ortega, F. y Murayama-Rendón, C. (2013). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. Disponible en <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>