

La dieta ¿una solución para la obesidad?

Mercedes Denia Lafuente
Hospital Ramon y Cajal
Crrt. de Colmenar Km 9 Madrid 28034

Tl: 34-913369050

E-mail: mdeniala@yahoo.es

Definición

Cuando hablamos de sobrepeso usamos un concepto general que se refiere a las personas con exceso de peso en relación a unas medidas estándares, no hay referencia a las causas suponiendo que estas pueden ser diversas. Sin embargo la obesidad se define como una enfermedad en la que el aumento de peso viene dado por un exceso de grasa corporal. (Munch, Biedert, Sèller. 2003).

La sociedad española SEEDO define la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de grasa que a su vez se traduce por un aumento de peso”. En función de la grasa podemos definir a los obesos como los sujetos que presentan un porcentaje de grasa por encima de los valores considerados normales que son del 12% al 20 % en varones y del 20% al 30% en mujeres (Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad)

Criterios de obesidad

Para determinar el sobrepeso hay diferentes procedimientos pero el más usado es el índice de la masa corporal (IMC) que se obtiene con las medidas de peso y altura, consiste en dividir el número de kilogramos por la altura al cuadrado. En la clasificación de sobrepeso y obesidad propuesta por el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud. (World Health Organization, 2000) el punto de corte para definir la obesidad es de un valor de $IMC=30 \text{ kg/m}^2$, limitando el rango para la normalidad a valores de IMC entre $18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$, y el de sobrepeso a valores de IMC entre $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$.

Criterios para definir la O según el IMC (OMS)

IMC (kg/m²)	Categoría
18,5-24,9	Normopeso
25-29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidad (Grado I)
35-39,9	Obesidad (Grado II)
>40	Obesidad mórbida (Grado III)

Sin embargo este acuerdo no es universal, por ejemplo las encuestas nacionales de salud y nutrición americanas (National Health and Nutrition Examination Survey) consideran que existe obesidad si el IMC es de 27.3 Kg/m² en mujeres y 27.8 Kmg/m² en varones. (Kuczmarsky, Flegal, Campbel y Jonson.1994)

En el consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEO) del año 2000 para el estudio del sobrepeso, se presentan dos diferencias importantes con respecto a la clasificación de la OMS. Por una parte el amplio rango que abarca el sobrepeso en que se encuentra una gran parte de la población adulta y que lo divide en dos categorías calificando el sobrepeso de grado II como preobesidad. Una segunda diferencia es la introducción de un nuevo grado de obesidad (obesidad grado IV u obesidad extrema) para aquellos pacientes cuyo IMC es 50 Kg/m² y que son tributarios de indicaciones especiales en la elección de procedimientos de cirugía bariátrica

	Valores IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25-26,9
Sobrepeso grado II (pre-obesidad)	27-29,9
Obesidad tipo I	30-34,9
Obesidad tipo II	35-39,9
Obesidad tipo III (mórbida)	40-49,9
Obesidad tipo IV (extrema)	>50

Como vemos no hay unanimidad en los criterios incluso a veces la elección del IMC no es lo más indicado para medir la grasa por ejemplo, en casos de sujetos que tienen gran desarrollo muscular, pero hasta el momento es el que unifica las clasificaciones y el más usado en los estudios

Los puntos de corte no se deben considerar de forma aislada ni tampoco es aconsejable tomar decisiones o pautar tratamientos sin tener presente otros puntos de referencia, por el contrario se debe valorar las características de cada sujeto según edad, hábitos de vida, morbilidad, comorbilidad

Si es unánime que la obesidad está actualmente considerada como uno de nuestros mayores problemas de salud. (Hill, 1998). El coste anual de las complicaciones somáticas se estima que es el 8% del total de la salud en occidente. (WHO 1997). En España el completo estudio de SEEDO con una muestra de 14.616 sujetos (6.797 hombres y 7.820 mujeres) informa de una prevalencia de la obesidad del 15.5% (13.2% hombres y 17.5% mujeres). (Gutierrez-Fisac, Banegas y Rodríguez Regidor 2000). Además hay que tener en cuenta que esta frecuencia aumenta considerablemente con el paso de los años no solo en nuestro país sino en la mayoría de occidente.

La prevalencia en Estados Unidos ha crecido del 15% en 1980 al 30% en 2000. (Flegal, Ogden, Johnson y Carroll 2002). El aumento de la obesidad en adultos sobre el 35% en USA y el 28% de sobrepeso y el 6% de sujetos obesos en Suiza corre paralela con el aumento del sobrepeso en los países industrializados (Bundesamt für Statistik, 1997) y (Livingstone 2000)

De acuerdo con el hecho de haberse doblado la obesidad en los últimos 10-15 años en los niños en Europa y USA con probable progresión en el futuro, la convierte en un problema de graves dimensiones (Munch, Biedert y Sèller. 2003). La obesidad es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, diabetes, infarto, enfermedades metabólicas respiratorias y mentales. (Becker, Margraf, Turke, Soeder y Neumer. 2001)

Significados culturales de la obesidad

Las interpretaciones de la obesidad y del sobrepeso han ido cambiando a lo largo de la Historia. También las expresiones y significados del cuerpo femenino y de la belleza han sido muy diferentes y estos significados interactúan como un factor entre otros en el complejo fenómeno de la obesidad.

En la prehistoria las figuras de la Venus probablemente reflejaban la aceptación cultural de la forma corporal voluminosa como era reflejo de la capacidad de la mujer obesa de criar hijos y dar vida. En Grecia se exponen como formas corporales ideales las proporciones que buscaban la armonía y eran señal de belleza. Ya en esta época Hipócrates hablando de salud y no de belleza decía “quienes por naturaleza engordan demasiado son más propensos a una muerte repentina que los delgados” s.V ac (Delgado, C. 2009)

La moral cristiana predicaba los valores de templanza, contención y sobriedad, mientras que la moral bárbara hacía alarde de la abundancia y de exceso en el más comer y más beber, asociado a el poder, prestigio y admiración

En el arte también aparece reflejado los dos extremos de estos prototipos de: El Bosco. (1450-1516), Botticelli (1445-1510) elegían representaciones de belleza en torno de la delgadez y la estilización del cuerpo femenino, en el s. XVI y XVII Rembrandt (1606-1669) y Rubens (1577-1640) mostraban a la figura femenina con más generosidad en sus formas corporales.

En el S. XIX comienzan los conceptos del cuerpo delgado como armonía corporal que constituye el inicio de lo que progresivamente se va a ir desarrollando como la cultura de la delgadez, llegando al s XX con ejemplos inequívocos de cuáles eran los modelos a seguir siendo la cristalización de este movimiento la modelo inglesa Twiggy, proponiendo como formas ideales de cuerpo y belleza femeninas las formas delgadas, asexuales, creando su figura gran impacto por lo excesivo de su delgadez pero con gran influencia social.

Esta cultura de la delgadez ha sido modelo no solo de proporciones y de belleza sino también símbolo de éxito social y admiración. En sus comienzos esta moda coexistía con más tolerancia a otras formas de alimentarse y otras formas corporales, nuestra

sociedad admitía generalmente la persona con sobrepeso y al obeso, recordamos ahora como algo del pasado, la idea del “gordito feliz.

Actualmente se impone con cierta exclusividad esta norma y se añade una característica diferente, el ideal de delgadez esta acompañado de una actitud de rechazo hacia el cuerpo del obeso. El obeso siente rechazo en un doble sentido, el suyo propio y también el del grupo social, se considera inadecuado y esto va a tener consecuencias en las relaciones sociales incrementando un grado más de dificultad, con repercusión a veces incluso en las relaciones laborales (Gourmarker, Must, Perrin, Sobol y Dietz.1993) En este contexto la sociedad ofrece como la solución, accesible para para todos, la necesidad de abrazarse a una dieta, no tanto por bienestar o por salud sino por belleza y aceptación personal y social

La dieta como norma de salud o de bienestar se convierte en forma de adelgazar al peso que social y estéticamente se demanda, sin muchas más reflexiones ni otras consideraciones .Se sugiere que una persona puede ponerse a dieta y perder el peso no solo que considera el apropiado sino incluso el que desea y al ritmo que espera. No hay ninguna revisión sobre las causas diferentes del sobrepeso, ni los condicionamientos que pueden estar sosteniendo la obesidad de cada persona, se actúa como si todas fueran susceptibles del mismo procedimiento y sujetas al mismo canon: adelgazar cuando se quiera, preferiblemente ya, con la expectativa de un cambio no solo rápido sino también mantenido y duradero. Se tramite la idea que una puede ser dueña de su peso y de su cuerpo manejandolo a su voluntad y una vez logrado se tendrá más valoración y bienestar personal y social

La dieta: ¿una solución?

Los datos muestran como la obesidad ha aumentado y esto nos hace plantearnos si la forma de abordar la obesidad actualmente es la más indicada. La práctica habitual de restringir las calorías de la dieta en diferentes países no sólo ha fracasado en su intento de prevenir y reducir la obesidad, sino que coincide con un aumento de la prevalencia La investigación clínica actual nos muestra la dudosa eficacia de las dietas hipocalóricas como método preferente para lograr mantener sus resultados a largo plazo.

Los fármacos anti obesidad producen modestas pérdidas de peso pero se gana cuando el tratamiento no es continuado (Arone, 2002). La cirugía se reserva a un grupo reducido de pacientes. (Balsiguer, Mur, Proggio y Sarr. 2000). Los más ampliamente usados son los tratamientos psicológicos combinados también con fármacos y dieta. Un largo número de seguimientos de tratamientos han mostrado como producen pérdida de peso significativas sobre el 5-10% del peso inicial (Wing. 1998). La investigación afirma que esta pérdida de peso como resultado de este tratamiento es casi siempre ganada, la mitad del peso perdido se vuelve a recuperar en el primer año de tratamiento continuando la ganancia. En los 3 a 5 años posteriores al tratamiento la mayoría de los pacientes, sobre el 85%, han vuelto o han excedido el peso que tenían al inicio del mismo. (Wadden, Sternberg, Letizia, Stunkard y Foster.1989) y (Jeffery, Drewnowsky, Epstein, Strunkhard, Wilson y Wing,2000).

La obesidad es el mayor problema de salud y hoy no tenemos soluciones claras para ello. La dieta como panacea para bajar de peso es muy insuficiente para estos pacientes además de los problemas ligados a estos planteamientos. La culpa y la estigmatización que genera, hace que se fijen en los aspectos negativos del cuerpo y de sí mismos y debido a su deseo de perder peso y a la presión de la norma social a menudo desarrollan un rígido comportamiento alimentario y un autoconcepto e imagen corporal negativos (Jeffery,Drewnowsky,Epstein,Strunkhard, Wilson y Wing,2000) y (Jackson, Grilo y Masheb. 2000). Experimentan ciclos de peso que lleva a ganar más relacionado con la experiencia de pérdida de control durante la dieta, aumentando el riesgo de padecer un TCA o un BED (Yanowsky.1993) y (Fairburn, Wilson. 1993)

Perspectiva bio-psico-social

No está claro como o porque una pequeña porción de individuos son capaces de persistir en el cambio de hábitos alimentarios y se mantiene en la pérdida lograda cuando la mayoría de la gente no lo hace.

La experiencia clínica sugiere que las recaídas en obesidad son por la inhabilidad del individuo en persistir con el control de los comportamientos de peso que adoptan para lograr la pérdida. (Cooper y Fairburn.2002) tal como una dieta baja en calorías hacer ejercicio y monitorizar cualquier cambio en su peso (Wing y Hill. 2001).

Un número de factores psicológicos que parecían estar envueltos en ganancia de peso han sido identificados en algunos estudios, unos aparecen como predictores de ganancia de peso: pensamiento dicotómico y el más alto máximo peso y otros como asociados en la ganancia de peso como: insatisfacción con peso logrado, la tendencia a juzgar autotendimiento en términos de imagen y figura, la falta de vigilancia en valorar el control de peso y la tendencia a usar la comida como regulación del humor para evitar el pensamiento negativo o para escapar de los acontecimientos vitales adversos. (Byrne., Cooper y Fairburn .2003). Características muy sugerentes pero con necesidad de mayor ratificación en posteriores investigaciones.

Como decíamos antes las expectativas desde las que se inicia una dieta o un tratamiento muchas veces carecen de objetivos de salud, ajenas a los criterios médicos se lleva a la persona a objetivos y expectativas muy irreales poniéndose el sujeto en una situación con gran probabilidad de fracaso antes de empezar, por la dificultad en conseguir lo que se proponen. Esto es particularmente decisivo porque contribuye a aumentar el malestar psicológico que acompaña a estas personas intensificando la baja estima, sensación de fracaso, insatisfacción consigo mismo y con la consiguiente autoatribución de la falta de logros llegando a veces a concluir que este fracaso es por falta de voluntad y compromiso y a disminuir la motivación y compromiso, pensando que no merece la pena tanto esfuerzo y abandonar el propósito (Byrne, Cooper y Fairburn. 2003)

La implicación de factores psicológicos es indudable pero la contribución y responsabilidad que se da a ellos como causa preferente de la dificultad en mantenerse en los cambios está actualmente por diferenciar. Incluso se ha llegado a atribuir a la falta de voluntad como la causa principal de esta disminución de logros. Llegar a la conclusión que los obesos vuelven a ganar peso porque no tienen fuerza de voluntad o porque no se proponen seriamente la modificación de conductas para bajar de peso puede ser cierto o parcialmente cierto en algunos casos pero es una generalización excesiva y una simplificación del problema si vemos la cantidad de elementos fisiológicos y biológicos que inciden en la obesidad

Los conflictos psicológicos causados por la presión social y la propia autoexigencia podrían disminuir si se hace una reconsideración de cuáles son las metas posibles, a lo

largo de que tiempo y para que tipo de personas, la persona obesa no puede actuar como la que tiene peso normal o leve de sobrepeso

Pero además no podemos olvidar que el origen del sobrepeso responde a una multiplicidad de factores culturales, sociales y ambientales; constantemente estamos recibiendo resultados de investigaciones científicas que demuestran cada vez con mayor claridad el papel de la fisiología, la bioquímica y los genes en este caso. Por ello, la idea de un cuerpo moldeable que puede ser diseñado para ajustarse al canon estético está cada vez más cuestionada por ser inviable. Hoy en día etiología y mantenimiento se discute como una combinación de los tres factores bio-psico-sociales.

Expectativas realistas

Si para la dieta usamos un criterio de salud y no estético un criterio posible y no social, no es un fracaso sino un buen logro perder un 5%. Los profesionales indican que con un 5% aunque sea una pérdida modesta es suficiente para mejorar la salud y disminuir la comorbilidad, no es adelgazar lo deseado sino estar en condiciones de menor riesgo, garantizando una mejora en su bienestar (Munch, Biedert y Séller. 2003).

Nuestra sociedad presenta unas formas corporales mucho más variables que la delgadez con que nos bombardea la publicidad y el porcentaje de mujeres “llenitas”, puede reflejar una representación natural de una tipología corporal real. Si además algunos cambios son inviables hacer progresivamente un cambio de actitud de la insatisfacción permanente a la aceptación de lo posible, se ajustaría a la realidad. La pérdida moderada de peso le reportaría beneficios considerables y sería un logro que le llevaría a una mejor relación consigo mismo, con su cuerpo y a una reestructuración de cogniciones disfuncionales.

Respuesta social

Progresivamente han ido apareciendo numerosas asociaciones en respuesta a la presión social. Son entidades diversas que responden al rechazo y estigmatización del gordo y promueven extender un significado adecuado del obeso. Quieren fomentar una visión

más respetuosa y veraz de la obesidad. Son movimientos que se pueden englobar en el grupo “size aceptante”.

Su objetivo principal es acabar con la forma más común de la discriminación y la intolerancia en que se ha convertido “el tamaño” y que coloca a las personas en situación de desventaja, simplemente debido a su tamaño. Promueven la aceptación del tamaño de uno mismo y los demás sin tener en cuenta el peso o tamaño del cuerpo.

Esta una nueva actitud compromete de forma especial a las instituciones socio-sanitarias para educar a todos los ciudadanos, con una adecuada información del problema médico de la obesidad y que el objetivo y el significado de la misma se modifique haciendo el esfuerzo no tanto en adelgazar a los gordos, como lograr que sean más sanos incluyendo una formación en una vida con hábitos no solo de comida sino de ejercicio y actividades no sedentarias.

Bibliografía

Arone L. J.(2002). Current pharmacological treatment for obesity. In C.G. Fairburn y K.D. Brownel (Eds.). *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook* (2nd.ed.) (pp551-557) New York: Guilford Presss.

Balsiguer B.M., Mur M.M., Proggio J.L. y Sarr M.G. (2000). Bariatric surgery: surgery for weight control in patients for morbid obesity. *Medical Clinics of North America*, 88, 477-489.

Becker ES, Margraf J, Turke, V., Soeder U.y Neumer, S. Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int J Obs Relat Metab Disord* 2001; 25(suppl 1) S5-9

Byrne S.M., Cooper Z. y Fairburn C.G., (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27(8), 955-962

Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y la realización de estudios epidemiológicos. *Med Clin. Bar* 1986 (107) (20) 782-87. -

Cooper Z. y Fairburn C.G.(2002). Cognitive behavioral treatment of obesity. In T.A. Wadden& A.J.Stunkhard (ed.). *Obesity: Theory and therapy* (3rd. Ed.) pp 465-479). New York: Guilford Press.)

- Delgado C.(2009).Tesis doctoral: “Mejora psicológica y factores indicadores psicosociales de buen pronóstico en cirugía bariátrica”. Programa de Doctorado de Neurociencias. Universidad de Vigo.
- Hill J.O. (1998) Dealing with obesity as a cronic disease. *Obs Res* (6) Supl-1.
- Flegal KM, Ogden CL, Jhonson CL y Caroll MD. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*. 288; (14): 1723-1727.
- Bundesamt fur Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragum des Bundesamtes fur Statistik:Gesundheit und Gesunheitsverhalten in ther Schweiz Neuchatel. 1997.
- Fairburn C.G. y Wilson GT. (1993). *Binge Eating. Nature, Assesment and Treatmen.* New Cork Guilford Press
- Gourmarker S.L., Must A., Perrin J.M., Sobol, A.M.Dietz W.H.(1993) Social and economics consecuenciasof overweight in adolescente and youg adulthood.*New EnglandJ. Med.*, (30) 108-112
- Gutierrez-Fisac JL, Banegas JR y Rodriguez Regidor E. (2000). Incresin prevalence of overweight among Spanish adults. 1987-1997. *Inernatinal J Obesity*; 24 (12). 1677-1682.
- Kuczmarsky R.J. Flegal K.M., Campbel S.M. y Jonson C.L.(1994) .Increasing prevalence of overweight among U.S. adults: the National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *JAMA* 1994; 272: 205-211.
- Jackson T.D., Grilo C.M. Masheb, R.M.(2000) Teasing history, onset obesity, current eatingdisorder psychopathology, body disatisfacction, and psychological funtioning in binge eating disorder. *Obes. Res.*(8), 451-458
- Jeffery R.W., Drewnowsky A., Epstein L.H. Strunkhard A.J., Wilson G.T. y Wing R.R. (2000). Long term maintenance of weight loss: current status. *Health Psycholog.* (19), 5-16
- Livingstone B. Epidemology of chilhood obesity in Europe. (2000). *Eur. J Pediatric.* 159, (suplemen 1) : S14-34.
- Munch S., Biedert E. y Séller U. (2003). Evaluation of a life stile change programme for the treatment of obesity. *Swis Med. Wkly*; (133), 148-154.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin Barc* 2000; 115: 587-597.

- Waden T.A., Sternberg J.A., Letizia K.A., Stunkard A.J. y Foster G.D. (1989). Treatment of obesity by very low calorie diet, behaviour therapy and their combination: a five years perspective. *International Journal Obesity*, 13 (Suppl.2) 39-46
- WHO. Obesity. Preventing and manging the Global Epidemic. Geneva: 1997.
- Wing R.R (1998). Behavioral approaches to the treatment of obesity. In G.A. Bray, C Pouchard, y W.P.T. James (Eds) *Handbook of obesitiy*. (pp 855-873.). Marcel Dekker: New York
- Wing R.R. y Hill J.O. (2001). Successfull weight loss maintenance. *Annual Review of Nuttrition*, 21,(323-241).
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Report series. Ginebra: World Health Organization, 2000.
- Yanowsky S.Z. (1993). Binge Eating Disorder: Current Knowledge and future direccions. *Obes. Res.*(1), 306-324.