

2012

Relación entre el grado de motivación y logros obtenidos para disminuir de peso de los integrantes del grupo ALCO 2 de abril Mar del Plata durante los meses de enero y febrero del año 2011

Alegre, Eva

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/308>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD de CIENCIAS de la SALUD y SERVICIO SOCIAL

CARRERA LICENCIATURA en ENFERMERIA

TALLER DE TRABAJO FINAL:

“Relación entre el grado de motivación y logros obtenidos para disminuir de peso de los integrantes del grupo ALCO 2 de Abril Mar del Plata durante los meses de Enero y Febrero del año 2011”

DOCENTE: Licenciada en Enfermería Celaya, Laura

AUTORAS:

**Enfermera Alegre, Eva
Enfermera Choque, Patricia
Enfermera Perez, Aquilina**

Mar del Plata, Marzo 2012

9 (muere)

RESUMEN

Con la inquietud de evaluar un grupo de población que concurre a un grupo de autoayuda a terapéutica sobre obesidad, se propone el presente trabajo exploratorio, descriptivo y transversal, con el propósito de recabar elementos comprensivos de actitudes y conocimientos de su enfermedad en personas obesas y con sobrepeso; así como saber que esperan de los profesionales que los acompañan respecto al soporte y ayuda profesional. Nuestro objetivo fue conocer “ la relación entre el nivel de motivación y logros obtenidos para bajar de peso” de los participantes del grupo de autoayuda Alco 2 de abril, de Mar del Plata, durante los meses de enero y febrero del año 2011. Se tomaron datos demográficos y se utilizó una entrevista con preguntas cerradas. Como producto de esta investigación, pudimos corroborar a través de los instrumentos y elementos utilizados para medir las variables según sus dimensiones que dentro de la categoría, perfil sociodemográficos, la edad de los encuestados más frecuente es la del sexo femenino 69,2% (Tabla n° 2) el mayor porcentaje es de los 50 a 54 años (23,1%)(Gráfico n°1). Sexo masculino 30,8%(Tabla n°2) situación laboral 63.1% (Gráfico n° 3), lo que hemos comprobado que la mayoría trabajaba en el momento de realización del presente estudio; el nivel de instrucción nos demuestra que el 27,7 % de los entrevistados lograron terminar el nivel secundario completo, 15,4 % el nivel terciario completo; y el 1,5 % eran analfabetos (Tabla n° 4) cobertura de salud poseían aproximadamente la mitad de los entrevistados (Tabla n° 5). Asimismo observamos que el 63,1 % presentaron un ICM ubicado dentro del rango de obesidad, mientras que el 32,3% presenta valores de referencia de sobrepeso (Gráfico n° 6) y el 95,4 % presentaron obesidad abdominal, (Gráfico n°7). Respecto a la categoría, nivel de motivación y sus dimensiones, condiciones internas, se observó que el 61,5% poseían un nivel de motivación alto para el descenso del peso (Tabla N° 8) y participación en el grupo con un porcentaje de 38,5, un nivel de motivación alta con respecto al valor para conseguir una meta un porcentaje de 95,5 adjudicando así un alto valor al logro de una meta (Tabla N° 9). Responsabilidad personal alta con un porcentaje de 96,2% para lograr los objetivos (Tabla N°10).

El deseo de distinguirse de los participantes correspondió a un porcentaje del 69,2 refiriendo así un alto deseo de distinguirse con respecto al nivel de motivación (Tabla N°11). Dentro de la dimensión condición externa: afiliación, los entrevistados refirieron poseer una retroalimentación Alta dentro del grupo, coordinadora y familia (Tabla N°12). Además describen una autoestima alta con un 93,8% para lograr sus objetivos (Tabla N°13). El 78,5 % de los entrevistados obtuvieron logros calificados como alto con respecto al descenso o mantenimiento del peso corporal (Tabla N° 14)

Palabras claves: Nivel de motivación, logros obtenidos, obesidad, enfermería

ÍNDICE

CÁPITULO Introducción.....1

- 1) **Introducción al problema**
- 2) **Formulación del problema**
- 3) **Justificación**
- 4) **Objetivo General**
- 5) **Objetivo específico**

CÁPITULO II Marco teórico.....6

- 1) **Concepto y definición de la palabra motivación**
 - 2) **Desarrollo**
 - 3) **Motivación extrínseca e intrínseca**
 - 4) **Teoría de Abraham Maslow**
 - 5) **Teoría de David McClelland**
 - 6) **Teoría conductista**
 - 7) **Teoría cognitiva**
 - 8) **Obesidad, definición del término, consecuencias, ect.**
 - 9) **Obesidad abdominal**
 - 10) **IMC**
-

CÁPITULO II Diseño metodológico16

- 1) Tipo de estudio**
- 2) Población y muestra**
- 3) Variables: definición conceptual, operacional, dimensiones, ect.**
- 4) Cuadro Operacional de variables**
- 5) Definición operacional de términos**
- 6) Medición escalar según valores**
- 7) Procedimientos para recolección de datos**
- 8) Técnica de procesamiento de datos**
- 9) Cronograma de actividades**
- 10) Presentación de la muestra y análisis de datos**
- 11) Análisis Univariado y Bivariado según categoría de información**

CÁPITULO IV Discusión y conclusión.....45

- 1) Bibliografía**
- 2) Planilla de entrevista**
- 3) Anexos**

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1) Introducción al problema

Esta investigación aborda un tema actual, “Relación entre el nivel de motivación y los logros obtenidos para bajar de peso”. La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de tejido adiposo (grasa) cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o número (1), es una enfermedad sistémica que afecta el funcionamiento físico, emocional y social. La grasa corporal total, considerada normales no mayor de 15 % en los hombres y 30% en mujeres, cuando el porcentaje es mayor, se diagnostica obesidad (2). Para diagnosticar la obesidad (3) se debe medir el porcentaje de grasa corporal total; se estima a través de la evaluación de los pliegues cutáneos o bien en función del sobrepeso y se considera la relación peso/talla. Un indicador sencillo y confiable es el IMC (índice de masa corporal), que es la relación entre el peso en kg, sobre la estatura en metros cuadrados. El IMC (4) ideal en hombres es de 23 % y en mujeres el 21,5 %, cifras por arriba de 25 % se consideran sobrepeso y como obesidad mayores de 30 La obesidad conlleva innumerables patologías que hoy en día son muy notorias, tiene una fuerte base biológica; esto se debe, entre otras cosas a que existe un circuito cerebral en el hipotálamo (parte del sistema nervioso localizada en la base del cerebro, su misión es garantizar el equilibrio de varias funciones del cuerpo, lo que se conoce como homeostasis) que regula muchas áreas de funcionamiento entre las que se incluyen: el amor, estados de ánimo, sexo, el sueño, la actividad física, el acto de comer y por supuesto el hambre, la saciedad y el peso. Este circuito se maneja a través de las neuronas, células nerviosas cuya función es procesar la información, transmitirla a otras neuronas e iniciar acciones específicas en el cerebro y en el cuerpo.

(1) Dr Cormillot, Fundación ALCO “Pasaporte para vivir mejor”. Secc. 1, Pág 17 a 21, Edic. 2010.

(2) Ibid

(3) Ibid

(4) Ibid

Las neuronas se comunican entre sí enviándose señales a través de pequeñísimas moléculas conocidas como neurotransmisores, sustancias que funcionan como mensajeros químicos; esta comunicación se llama sinapsis y es el modo en que se realizan la mayoría de las funciones cerebrales(5). En este maravilloso circuito cerebral operan tres centros que hacen que la obesidad, sin el tratamiento adecuado se sostenga en el tiempo y son: a) centro regulador: cada persona nace con un peso que el cuerpo está fisiológicamente programado para alcanzar y luego para defender, conocido como punto de regulación. Actúa como termóstato, del peso y se llama adipostato. Es como una central que funciona en el hipotálamo y se encarga de regular la adiposidad que se puede llegar a tener y mantener. En las personas con sobrepeso u obesidad, este sistema perfecto está alterado, pero no roto. Es decir tiene un punto de equilibrio diferente que se llama “alostasis”. En el caso del hambre y la saciedad, el adipostato recibe todas las señales y las coordina a través de la interacción del cerebro con el estómago, los intestinos, el hígado, los músculos y la grasa. Entre las sustancias que intervienen se encuentran:” Grelina”, segregada por el estómago, estimula el apetito. Su concentración aumenta antes de comer y disminuye una vez que se está satisfecho, por eso, cuando se hace dieta, el organismo siente la falta de alimentos y responde incrementando la producción de grelina y con ella aumenta la sensación de hambre. El “ Péptido I “ producida por el intestino, que favorece la sensación de saciedad. La “Leptina”, segregada por el tejido adiposo, la envía el cerebro, cuando la cantidad de grasa que hay almacenada es la correcta: 25% en la mujer y 18-20 % en el hombre. La leptina regula, a través de la sustancia anterior, el metabolismo. En condiciones normales, cuando aumenta la grasa en el cuerpo, se segrega más leptina, lo que frena la tendencia a comer más y hace que no siga aumentando la cantidad de grasa o incluso que disminuya.

(5) Dr. Cormillot. Pasaporte para vivir mejor: “ Circuito cerebral de la obesidad”. Fundación Alco. Sección 1. Pág. 21 a 24. Año 2010.

En el caso de las personas obesas, el organismo desarrolla resistencia a la leptina: el hipotálamo no recibe bien la señal e interpreta que hay poca grasa, entonces aumenta el apetito y disminuye el metabolismo. Todo esto hace que , una vez que queda definido el peso máximo, al llegar a éste no se continúe engordando aunque se siga comiendo lo mismo, ya que el adipostato tratará de mantenerlo en ese nivel de por vida, es decir, el cuerpo hará todo lo posible por mantenerse obeso.

b) Centro de recompensa (6): Se estimula con las cosas placenteras de la vida y ancestralmente está relacionado también con la ingesta (por eso estamos diseñados para obtener más de todo aquello que nos causa placer, como la comida). Aunque su funcionamiento es distinto en cada persona, tenemos pequeñas puertas “ neuroreceptores, por donde entra cada neurotransmisor; si el cerebro tiene pocos neuroreceptores para un neurotransmisor específico, se produce un déficit. Es el caso, en la obesidad, de la dopamina. Esta sustancia genera la sensación de enamoramiento, alegría y excitación emocional. Cuando se tiene pocos receptores para la dopamina, se necesitan estímulos externos para sentirse bien tales como el sexo, la violencia, el alcohol, las drogas, la velocidad o los hidratos de carbono y las grasas. Esto se debe a que los circuitos de recompensa son compartidos, tanto por estímulos naturales (comida y sexo) como artificiales (drogas de adicción), lo cual podría explicar porqué las recompensas naturales podrían volverse adictivas (muchas personas con obesidad se automedican con comida ante cuadros afectivos). Sin embargo, incluso en el caso de que el sistema esté en buen estado, el exceso de grasas y azúcares lo sobreestimula y lo hace vivir necesitando en exceso. c) Centro de adaptación negativa(7): Las neuronas tienen la facilidad para asociarse y conectarse entre sí formando diferentes circuitos y también tiene la capacidad de encender y apagar los impulsos, instantáneamente, es decir, a voluntad. Esto es posible gracias a la “ neuroplasticidad, que es la capacidad natural del cerebro para crear nuevas conexiones y circuitos neuronales, a cualquier edad. Esta neuroplasticidad puede ser negativa o positiva.

(6) Ibid. Págs. 21 a 24

(7) Ibid. Pág. 21 a 24

La neuroplasticidad negativa, es la que delinea cada una de las conductas que llevan a perpetuar la obesidad en el tiempo, es decir la que favoreció la adaptación negativa a la gordura. La neuroplasticidad positiva, es la capacidad de crear los nuevos circuitos neuronales que permitan alcanzar metas; para comenzar con el cambio, es importante que se cambie conscientemente para ayudar que el cerebro dispare nuevas secuencias. Por eso se debe prestar atención a los pensamientos y crear de manera intencional los resultados que se desee mediante la repetición y la puesta en práctica nuevos hábitos saludables con perseverancia.

Esta enfermedad no tiene delimitaciones de grupo etario, clases sociales, ni nivel de instrucción. Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes alimenticios y la incorporación de la actividad física, basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de la obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conductas sedentarios. Este desbalance entre la energía que ingresa y lo que se gasta genera un sobrante de energía que se deposita en forma de grasa en los tejidos del organismo . Aún hoy son muchos los profesionales de la salud que basan el tratamiento solo en estos principios. Pero apoyándonos en otro concepto, el cual se basa en la modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario fijar nuestra atención en otras variables. Abunda bibliografía sobre investigaciones en donde la dieta hipocalórica y la actividad física producen disminución inicial en el peso de las personas (casi todas bajan al comienzo de los estudios), pero a lo largo de uno, tres o cinco años el casi 90% recupera el peso con el que habían comenzado el tratamiento, con el agravante de que muchos lo superan. La obesidad genera muchos interrogantes como, ¿Cuáles son sus causales?, ¿Qué tanto de influencia tiene lo étnico, lo religioso, lo tradicional, lo sexual, lo mediático y el entorno en que vivimos?

Aunque muy pocos considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad y por lo general nunca lo abordan; estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener el peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, porque de lo contrario la persona no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo. Se sabe que bajar de peso no es tarea sencilla, proponérselo implica transitar un camino arduo, que requiere mucha paciencia, esfuerzo y perseverancia. Como toda tarea difícil de realizar, ésta no es sostenible en el tiempo si no se tiene una fuerte motivación la cual pasa a ser una condición básica de todo tratamiento. La obesidad es una enfermedad, cualquier solución mágica que se busque al problema, no sólo está condenada al fracaso, sino que la mayoría de las veces se agrava y su influencia sobre la salud y expectativa de vida es difícil de predecir. Por lo tanto, resulta imprescindible aplicar un método adecuado de motivación para las personas que tratan de bajar de peso y analizar la relación entre el grado de motivación y los logros obtenidos. Nuestro trabajo de investigación se realiza en una zona geográfica ubicada al norte de Mar del Plata, con una población estimada de 3500 habitantes, de los cuales el 85% no superan los 60 años de edad. El grupo al que hacemos referencia como muestra es Alco 2 de Abril, al que concurren aproximadamente 65 personas y va en crecimiento a pesar del escaso tiempo de su inauguración.

La coordinadora del grupo Alco 2 de abril nos manifestó que las razones de tan amplia concurrencia son: la accesibilidad por la cercanía a los domicilios, la gratuidad, encuentro de personas con igual problemática que les sirve de herramienta para poder manifestar en un plano de igualdad, la educación sobre alimentación y la toma de conciencia para un cambio de vida que los llevará a sentirse física y psíquicamente mejor, aumentando así, su autoestima y mejorar su calidad de vida (8). Destacamos que es una zona semi rural y como medio de transporte y comunicación con la ciudad existe la línea de colectivo N° 542 y 543, con un boleto de costo diferencial mayor al del transporte urbano. La mayoría de los integrantes tienen obesidad y sobrepeso desencadenando otros problemas de salud como: hipertensión, diabétes, colesterolemia, enfermedades cardiovasculares, alteraciones osteoarticulares, disminuyendo así su calidad de vida .

2) Formulación del Problema:

¿Cuál es la relación entre el nivel de motivación y los logros obtenidos de los integrantes del grupo Alco 2 de abril para descender de peso.

3) Justificación

Nuestro interés por conocer la motivación de los integrantes del grupo Alco 2 de abril se debe a la necesidad de saber que impulsa a un individuo a bajar de peso y mantenerse en uno adecuado y saludable. Consideramos que puede establecerse una correlación entre la motivación que tiene un individuo para descender de peso con los logros obtenidos, ya que la motivación es un mecanismo interviniente para lograr determinados objetivos y alcanzar metas en la vida de la existencia humana. Como profesionales de enfermería nos proponemos identificar las herramientas que se aplican en el grupo Alco 2 de abril para mantener interesados a sus integrantes y en qué medida ésta motivación corresponde con sus intereses y necesidades personales. Asimismo, creemos que esta investigación permitirá tener información valadera y científica de cómo reforzar las condiciones positivas que ayudan a estas personas a revertir la problemática.

(8)Fuente: Coordinadora del grupo Alco 2 de abril, Sra. Gabriela Mendez

4) Objetivo general:

Conocer la relación entre el nivel de motivación y los logros obtenidos por los integrantes del grupo Alco 2 de abril, durante los meses de enero y febrero del año 2011.

5) Objetivos Específicos:

Describir la población muestral según datos demográficos y de obesidad de los participantes del grupo Alco 2 de abril durante los meses de enero y febrero del año 2011.

Identificar variable según las condiciones externas e internas relacionadas con la concurrencia al grupo de los participantes del grupo Alco 2 de abril durante los meses de enero y febrero del año 2011.

Relacionar el nivel de motivación de cada uno de los participantes del grupo con los logros obtenidos durante los meses de enero y febrero del año 2011.

CAPITULO II Marco Teórico

La Motivación nos llena de energía y entusiasmo. Pero ¿ Qué es la motivación y como encontrarla? La motivación consiste en una serie de pasos que mueven al individuo a actuar y como primera medida necesita saber hacia donde debe moverse. Lo que mueve, se conoce como motivo dependiendo de las circunstancias en las que se encuentre los motivos son diferentes (10). Una vez identificado el motivo, el individuo enfocará sus esfuerzos para obtenerlos. Para algunos Teóricos la motivación es el aspecto dinámico de la relación de un sujeto con el mundo, el carácter dinámico de la relación que une al individuo con su medio, es el hecho comprobable de que el ser viviente en general y la personalidad humana en particular no son indiferentes a los objetos y situaciones con los cuales entran en relación; algunas formas de contacto e interacción son preferidas a otras también buscadas y aun requeridas para el funcionamiento óptimo del individuo y otras en cambio son evitadas y aparentemente nocivas. En otros términos, el fenómeno fundamental de la motivación se manifiesta en el funcionamiento conductual y consiste en el hecho de que el organismo se orienta activamente y en forma preferencial hacia determinadas formas de interacción, hasta tal punto que ciertas categorías de relación con ciertos tipos de objetos se hacen indispensables o se requieren para su funcionamiento. El funcionamiento óptimo es para el individuo la exigencia mayor y por lo tanto fuente esencial de dinamismo. El término motivación proviene del latín “motus” que significa movimiento; en el campo de la psicología, especialmente en la psicología experimental, se ha definido a la motivación como a la regulación interna, energética y directa de la conducta, en tal sentido, la motivación no es accesible a la observación pero es deducida del análisis de los datos de la investigación experimental como concepto hipotético que expresa precisamente esa regulación. La motivación no es una variable observable, sino una construcción hipotética que se evidencia a partir de la manifestación de la conducta (11).

(10) Maslow A., “Motivación y Personalidad, Edic. Diaz Santos, SA, Madrid-España, 1991, Pág. 21

(11) Ibid, pág 2

Es un factor que, junto con la inteligencia, el esfuerzo y el aprendizaje previo, determinan si las personas logran o no los resultados, metas y objetivos buscados. En la búsqueda de un motivo, algunas personas creen que a toda conducta humana la motiva un sentimiento de egoísmo esencial. Inclusive consideran el altruismo como una desviación para lograr cuanto uno quiere. Otros creen en la bondad y abnegación de la humanidad; la mayoría adopta una posición entre ambos extremos y se dan cuenta que la motivación varia de una situación a otra según el ser humano. Pero desde el punto de vista científico, tales observaciones no explican la conducta humana, constituyen puntos de vistas o postulados abiertos a una explicación retrospectiva, aun cuando se ofrecen muy pocas claves de la manera como cierta persona se comporta en una situación dada. La motivación, es un proceso unitario y uno de sus aspectos más relevante es llegar a un comportamiento determinado y preexistente que tenga que ver con el futuro (12). Partiendo de este concepto, durante largos años, especialistas se han avocado al estudio de la motivación y muchos de ellos han coincidido al afirmar que para comprender el complejo proceso psicológico motivacional hay que partir de los siguientes términos y principios: “Todo individuo o sujeto motivado tiene un motivo, considerando éste último como el agente que determina a ese individuo a actuar en cierto sentido.” La función del motivo es, servir de incentivo para una actividad, proveer un incentivo o una meta que responda a esa actividad. Todo lo anterior está enmarcado en un estado motivacional (estar motivado), situación o estado que está provisto de un incentivo hacia una actividad que orienta en correspondencia al propio comportamiento; es la dinamización temporal originada en su totalidad: pensamientos, sentimientos y conductas, para intervenir, cualquier cantidad de energía requerida que permita encontrar e incorporar lo que supla la carencia, retirar lo que incomoda o restablecer el bienestar. Lo anterior conlleva a determinar la existencia de diferentes tipos de motivaciones.

(12) Maslow, A. “ Motivación y Personalidad”, Edic., Díaz de Santos, S.A., 1991, Madrid-España. Pág. 22

Según Abraham Maslow (13) y otros autores como McClelland (1974), Merani (1979), Mankeliunas (1987) sostienen que existen dos tipos de motivaciones: Motivaciones Internas (psicológicas), llamadas intrínsecas y definidas como las pulsaciones que surgen de estados de necesidad fisiológica, tal como la alimentación y la sexualidad. Motivaciones Externa (sociales), denominadas extrínsecas y referidas a aquellos motivos que dan dirección significativa al comportamiento en relación con los estímulos provenientes del contexto, del medio social. Estos suelen ser adquiridos en el curso del proceso de adaptación social (14). Abraham Maslow en su trabajo sobre la teoría de la motivación humana propone que se debe conocer las necesidades del individuo y de ésta manera detectar el interés para relacionarlo con la motivación. Cada individuo tiene su sensibilidad, preocupación, percepción, etc., y se verá motivado en la medida que se sienta comprometida su personalidad y lo que busque signifique algo para sí mismo. Existen muchas definiciones en Psicología y Filosofía sobre la motivación, una de ellas explicita que son las cosas que mueven a las personas a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación. Las distintas escuelas de Psicología tienen diversas teorías sobre como se origina la motivación y su efecto en la conducta observable. Las teorías psicológicas más representativas sobre la motivación se agrupan en torno a dos líneas de orientación: La conductista (15), esta teoría ha tenido su origen en investigaciones con animales y son de carácter más bien asociativas. La figura más destacada es Hull, en un primer momento su teoría defendía que solo la necesidad biológica explicaba la dinámica de la motivación, pero más aceptó que había que considerar el atractivo del objeto de meta buscado para reducir la necesidad. Según Hull, cuanto más atractiva es la meta, mayor es la probabilidad de que la conducta o hábito se produzca; además las necesidades secundarias pueden ser aprendidas si previamente han sido asociadas a las primarias.

(13) Ibid. Pág. 22 a 24

(14) Ibid

(15) Ibid. Pág 25 a 27

La teoría conductista acepta que las principales causas de la conducta se encuentran en ciertos impulsos primarios esenciales para la supervivencia personal y de la especie. Afirma que el manejo de los impulsos como: la ingestión de alimentos, líquidos y oxígeno, junto con la conducta sexual controlan totalmente al individuo, por lo tanto afirma que sin dichos requisitos, no pueden sobrevivir, los individuos, ni las especies. Identifican a estos impulsos como primarios por ser fuentes de energía (o de supervivencia) no aprendidas en todo organismo o especie. Como ejemplo de impulsos primarios señalaron el hambre, que ha sido motivo de experimentos con animales. Por otro lado la línea cognitiva (16) se origina en la investigación con seres humanos y destaca los procesos centrales cognitivos. Es una corriente formada por un grupo de psicólogos donde se destaca Tolman (1932), quien señaló que los determinantes críticos del aprendizaje no son asociaciones, ni refuerzos, sino la organización cognitiva de las estructuras. La teoría cognitiva se basa en la forma en que el individuo percibe o se representa la situación que tiene ante sí, incluye el nivel de aspiración (relacionado con la fijación de una meta individual, la disonancia encargada de los impulsos al cambio asociados con las desarmonías que persisten frecuentemente después que se ha hecho una elección) y la teoría de esperanza-valor (que tratan sobre la toma de una decisión cuando son tenidos en cuenta las probabilidades y el coste o los riesgos). La teoría cognitiva de la motivación acentúa como determinante de la conducta motivada, la percepción de la fuerza de las necesidades psicológicas, las expectativas sobre la consecución de una meta y el grado en el que se valora un resultado correcto; como autores representativos de esta teoría citamos a Festinger, Weiner, Heider. A. Maslow, teórico, centra su enfoque humanista existencialista en la satisfacción de las necesidades básicas humanas. Maslow (17), refiere, que la necesidad es la falta o carencia de algo y las clasificó de acuerdo a un nivel jerárquico: necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, necesidad de pertenencia, necesidad de estima, necesidad de autorrealización.

(16) Ibid. Pág. 14 a 15

(17) Ibid. Pág 25 a 27

Según lo referido comprobamos que el medio también cumple un papel, cuando el nivel de necesidades se satisface se puede pasar al próximo nivel las necesidades inferiores son un déficit y las necesidades superiores se relacionan con requerimientos del desarrollo. Se plantea distintos tipos de necesidades que van desde las necesidades fundamentales y elementales para la supervivencia, siguiendo un orden jerárquico, hasta llegar a la cúspide del desarrollo humano representado por la autorrealización; según el teórico, es necesario satisfacer las necesidades más básicas para poder pasar al estado siguiente de motivación. Al pasar de un estado a otro superior, la motivación va cambiando, ya que las necesidades que se representan en cada estado son distintas.

Para Maslow (18), las personas están orientadas a emociones internas y de bien social, siendo el medio el que las corrompe. Una persona necesita apoyo para desarrollarlas y satisfacer sus necesidades básicas, debe encontrar los medios apropiados para hacerlo y los satisfactores adecuados, de lo contrario no podrá pasar de un estado de necesidad a otro. Con respecto a las repercusiones de lo planteado por Maslow, se puede observar que la fuerza que lleva a desarrollar la personalidad de las personas en los ámbitos de la vida, es la satisfacción de las necesidades. La no satisfacción de las necesidades, acarrea consecuencias negativas a la persona, creando estados de frustración y egoísmo; y si no supera una etapa en su mayoría, no podrá pasar a la etapa siguiente quedando el desarrollo personal estancado en la etapa que no ha superado¹. Relacionando los diferentes autores y escuelas, sostenemos que todo deseo parte de un individuo para alcanzar los objetivos y propósitos establecidos puede interpretarse como condiciones consecuentes, la satisfacción de alguna necesidad personal o individual es considerada una condición antecedente, mientras que otros factores como status, afiliación y pertenencia es condición interviniente.

(18) Ibid Pág. 50

Lo cierto es que numerosos y diferentes autores, bajo diversas concepciones o corrientes, coinciden en señalar como elementos claves e inherentes al factor Motivacional el carácter innato y o intrínseco de la misma motivación en el individuo, las condiciones externas estimulantes y el grado de deseabilidad o evitación que pueda existir en relación con una meta o plan. La motivación ha sido objeto de numerosas investigaciones y desde los más diversos puntos de vistas se le ha sido abarcado, con la finalidad de recabar toda información necesaria para descubrir la incidencia que ésta pueda tener en determinados patrones de conducta. Durante el transcurso de búsqueda de material bibliográfico para el marco teórico de la presente investigación, hemos encontrado varios autores de distintas corrientes y concepciones como anteriormente lo mencionamos, por lo tanto la definición de motivación que elegimos para desarrollar es la del autor Mc Clelland (19) su teoría aparece en el año 1962, apoyándose en la de Max Weber, quién sostiene que el desarrollo de países industrializados, se debía a factores culturales, entre las cuales destaca la ética. Mc Clelland (1962), afirma que los factores que motivan al hombre son grupales y culturales; sostiene que existen factores que motivan al ser humano. Además de definir motivación, centro sus investigaciones en determinar el tipo de motivación y la relación de ésta con necesidad, entre las variadas necesidades humanas existen tres categorías que se refieren a la vida social del hombre. La existencia de estas tres necesidades es capaz de explicar un vasto sector del comportamiento social de las personas; estas necesidades son: de logro, evidenciada a través del comportamiento que se caracteriza por la búsqueda de metas a mediano plazo, por el deseo de inventar, innovar, hacer o crear algo excepcional, con la finalidad de obtener cierto nivel de excelencia, de aventajar a los demás. Sólo se produce un comportamiento orientado al logro, cuando existe un grado de dificultad o de probabilidad de obtener éxito en lo que se emprende.

(19) Keenan Kate, " Gestión del Equipo Humano", Edic. Booke, Madrid-España, 2000, Pág. 23

Necesidad de poder, se manifiesta mediante los deseos o las acciones que buscan ejercer un dominio, una autoridad, control o influencia, no sólo sobre otras personas o grupos, sino también sobre diversos medios que permiten adquirir o mantener el control, es decir, obtener poder. Necesidad de Afiliación, son aquellos comportamientos que de alguna u otra manera buscan obtener, conservar o restaurar una relación afectiva satisfactoria con otras personas; por lo tanto, es condición importante que la relación mantenida o deseada esté impregnada de afecto. Las investigaciones y los postulados de Mc Clelland sentaron bases para una continuidad en los estudios de la motivación (20). Influencia del grupo en la Motivación: Según bibliografía consultada, en técnicas de la motivación empleadas para tratar de satisfacer al menos parte de las necesidades, el ser humano colabora con otros o en grupo, donde cada miembro aporta algo y depende de otros para satisfacer sus aspiraciones; es frecuente que en este proceso, la persona pierda algo de su personalidad individual y adquiera un complejo grupal, mientras que las necesidades personales pasan a formar parte de las aspiraciones del grupo. Es importante señalar que el comportamiento individual es un concepto de suma importancia en la motivación, tiene como características el trabajo en equipo y la dependencia de sus integrantes; para que el grupo tenga influencia positiva en las personas, el líder o coordinador del grupo no debe tratarlos como un conjunto de individuos separados, sino como un grupo en sí (21).

Definición del término obesidad: Personas que tienen índice de masa corporal (IMC) mayor de 25 están excedidos de peso, padecen sobrepeso o pre-obesidad. Aquellos que tienen un IMC mayor a 30 son obesos (22). Las personas que tienen exceso de grasa localizada en el abdomen padecen obesidad central. Todos ellos (especialmente los obesos centrales) tienen incrementado el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular aterosclerótica, y en el nivel de prevención secundaria, la obesidad es un indicador de riesgo aumentado de nuevos eventos.

(20) Ibid. Pág. 24

(21) Ibid. Pág. 25

(22) Cormillot y otros. "Obesidad", Edic. Panamericana. S.A., Bs. As., 1998, Págs. 19,19, 23, 25, 92, 93, 94.

La reducción de peso ayuda a reducir el riesgo cardiovascular y puede conseguirse con un adecuado programa de alimentación y actividad física, implica un cambio de conducta pues el peso normal debe ser alcanzado y mantenido en el tiempo. La reducción de peso ayuda a reducir las cifras elevadas de presión sanguínea, la hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, y es importante para controlar la glucemia en los diabéticos. Estos cambios favorecen el logro de objetivos de tratamiento en hipertensión arterial, dislipemias y diabetes; y por lo tanto disminuyen el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y el riesgo de nuevos eventos en los pacientes que tienen la enfermedad ya desarrollada. Es habitual evaluar la relación entre peso y altura por el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula por la siguiente fórmula (23):

$$\text{IMC} = \text{Peso}/\text{Altura}^2$$

Normal	Sobrepeso	Obesidad
20 - 25	25 - 29,9	> 30

Los nutrientes de los alimentos pueden elevar el nivel de colesterol en sangre: las grasas saturadas que se hallan principalmente en las comidas de origen animal y el colesterol que proviene solamente de productos animales. Las grasas saturadas aumentan el nivel de colesterol como ninguna otra cosa lo hace en la dieta. Reducirlas es el paso más importante en la disminución de su colesterol sanguíneo. Obesidad con distribución abdominal: se ha observado que las personas que tienen una distribución abdominal de su obesidad (afectando principalmente abdomen y cintura), presentan mayor riesgo cardiovascular..

(23) Ibid, Pág. 122, 160, 167

	Deseable	De riesgo
Varones y mujeres menopáusicas menores de 40 años	< de 90 cm.	> de 100 cm.
Varones y mujeres mayores de 40 años	< de 80 cm.	> de 90 cm.
Mujeres posmenopáusicas	< de 75 cm.	> de 85 cm.

Como consecuencia de la obesidad (24): En la actualidad, la psicopatología de la persona con obesidad, tiende a verse como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza. Los individuos con obesidad en los países occidentales sufren del prejuicio y la discriminación; los medios de comunicación (televisión, revistas) recuerdan constantemente que para estar a la moda hay que estar delgado y las personas con sobrepeso son blanco de bromas. En los últimos 25 años se han estudiado numerosos grupos de niños y adultos para determinar su percepción del obeso; el prejuicio se ha observado aun en niños de 6 años de edad, quienes describieron a un niño con sobrepeso como perezoso, sucio, feo, etc. Estudios similares en adultos muestran que estos prefieren a estafadores, consumidores de drogas, etc, antes que a una persona con obesidad. Esto puede observarse también en algunos profesionales de la salud quienes ven a sus pacientes obesos con falta de voluntad, torpes y son tratados irrespetuosamente por el profesional médico tratante. Los prejuicios relativos al peso se acompañan frecuentemente con discriminación, en todos los ámbitos; en el ambiente laboral, algunos empleadores no contratan a personas con obesidad bajo ninguna condición y otros lo contratan bajo circunstancia especiales. Prácticamente en todos los aspectos de la vida se le recuerda a la persona con obesidad que se halla en una sociedad que odia la gordura.

(24) Cormillot, A., Fuchs Analía (2002). "Obesidad y dismorfia". Rev. Actualidad psicológica, N° 300. Agosto 2002.

Evidentemente esta estigmatización trae consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas, sexualidad, etc. Es posible que prejuicio y discriminación exacerben los conflictos ya existentes de la persona con obesidad y compliquen aún más el tratamiento de la obesidad. Algunos autores consideran los factores psicológicos como causantes de la obesidad; otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia la persona con obesidad; lo cierto es que en mayor o menor medida, están presentes y es fundamental su conocimiento e identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento. No debemos olvidarnos que el ser humano es un ser biopsicosocial y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde las perspectivas y en tratamiento de la obesidad no queda excluida.

Ley de obesidad (25): desde las prestadoras anticipan que la puesta en vigencia de la ley de obesidad, que las obliga a incluir en el Plan Médico Obligatorio el tratamiento de las enfermedades asociadas a esa atención, podría ser fulminante: poco más del 17% de la población argentina es obesa (ver cáp. IV). La ley de obesidad y trastornos alimentarios, sancionada a fin de año pasado y que desde el lunes 20/12/ cuenta con su reglamentación que fue publicada en el Boletín Oficial. El principal objeto de esta normativa es exigir a las obras sociales y empresas prepaga la inclusión dentro del PMO (Programa Médico Obligatorio) la atención, prevención y tratamiento de estas afecciones.

(25) Fuente: Nación&Salud, el periódico online del sector salud, Martes 20/12/ , 0:40 hs.

CAPITULO III Diseño Metodológico

1) Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación se basa en un diseño cualitativo. Se considera que este tipo de metodología es la más adecuada para abordar el problema planteado, dado que permite lograr una comprensión a partir del sentido que los propios sujetos le otorgan a sus acciones. Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal, debido a que el tema ha sido poco investigado hasta el momento y no existe un conocimiento que permita hacer una descripción del mismo.

2) Población y muestra

La población del siguiente estudio estuvo conformada por 65 personas adultas con obesidad que concurren al grupo de autoayuda ALCO 2 de Abril, de ambos sexos de entre 25 y 65 años de edad. Se implementó el método de muestreo no probabilístico o “muestreo por conveniencia”, ya que se tomó a toda la población que se reúne en el lugar entre los meses enero y febrero del 2011.

Grupo elegido para realizar el Proyecto de Investigación: ALCO 2 de Abril nace por la necesidad e inquietud de la Sra. Gabriela Mendez (26), actual coordinadora del grupo. Su madre era diabética y tenía sobrepeso, concurre al Centro de Salud del Barrio para ser asistida por un médico clínico, quién la derivó a una nutricionista; comenzó una dieta para diabéticos y a regular su sobrepeso con resultado negativo. Entonces, la Sra. Gabriela Méndez, busca información sobre los grupos ALCO, asiste y presencia uno de ellos, realiza una capacitación sobre el método de ALCO y gestiona los trámites desde Buenos Aires para legalizar la formación del grupo, busca un lugar para reunirse y convoca a las personas que quieran concurrir.

(26) Fuente: Sra. Gabriela Mendez, Coordinadora del grupo ALCO 2 de Abril, 2011.

El 6 de Octubre del año 2006, comienza a funcionar ALCO 2 de Abril en la Sociedad de Fomento “ Las Margaritas “; concurren aproximadamente 80 personas de ambos sexos y de distintas edades, se reúnen los días martes y jueves por la tarde, por la mañana de los mismos días realizan caminatas grupales. La Sra. Gabriela Méndez refiere que las bases del grupo se fundamentan en los siguientes valores; “Compañerismo, Humildad y Amor”. Una de las enfermeras autoras del trabajo comienza asistiendo al grupo y luego es convocada como profesional consultora, lo que permite la participación, análisis y seguimiento del grupo.

-Criterios de inclusión: Personas de ambos sexos de entre 25 y 60 años de edad que integran el grupo ALCO 2 de Abril (Sociedad de Fomento “Las Margaritas “). Asistencia a las reuniones grupales y caminatas del 80%. Accesibilidad a la entrevista

-Criterios de exclusión: No se incluirán niños, adolescentes, o mujeres en gestación. Personas que hayan concurrido en forma discontinua (1 vez x mes)

3) Recursos

Instrumento para registro de datos: se recolectarán todas las variables cualitativas y cuantitativas, mediante entrevista personalizada en planillas donde se encuentran registrados los datos personales, y preguntas abiertas y cerradas relacionadas con el tema.

Infraestructura: se contó con la infraestructura propia del lugar, planillas, sistema informático registro de datos

Humanos: enfermeras a cargo del proyecto

4) Definición de variables

Datos demográficos:

Sexo: cualitativa, nominal, dicotómica. Categoría: Femenino/Masculino

Edad: cualitativa, nominal, continua, categorías por intervalos: 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69

Ocupación: cualitativa, nominal, policotómica, categoría: Trabaja en relación de dependencia: Si-No

Nivel de Instrucción: cualitativa, ordinal, policotómica, categoría: No sabe leer y escribir, Primaria incompleta-Primaria completa, Secundaria incompleta-Secundaria completa, terciarios-Universitarios

Cobertura de Salud: cualitativa, nominal, dicotómica, categoría: Si-No

IMC: cuantitativa, continua, intervalar, policotómica, categorías: Normal, Sobrepeso y Obesidad

Perímetro abdominal: cuantitativa, continua, ordinal, categorías por intervalos.

5) Definición conceptual de la variable

Motivación (27): Es la condición interna en principio, externa a posterior y ambas impulsan acciones orientadas a alcanzar una meta, logro u objetivo.

6) Definición Operacional

Motivación: cualitativa, nominal, dicotómica, categoría: Alta-baja

Condiciones internas

Dimensiones

Logro: cualitativa, nominal, dicotómica, categoría: alto-bajo

- Valor de conseguir una meta
- Responsabilidad personal

Poder: cualitativa, nominal, dicotómica, categoría: alto-bajo

- Deseo de distinguirse

Condición externa

Dimensiones:

Afiliación: cualitativa, nominal, dicotómica, categoría: alto-bajo

- **Retroalimentación**
- **Autoestima**

7) Definición conceptual de la variable

Logros Obtenidos (28): tiene relación con el nivel de motivación que poseen las personas para ejecutar sus metas. Es el factor en que el individuo con grandes logros se diferencia de otros, por su deseo de hacer las cosas mejor, prefiere metas y tareas realistas en las que pueda tener un alto grado de responsabilidad, planea meticulosamente sus acciones para alcanzar resultados, se interesa por conocer sus éxitos y fracasos, valora la competencia más que la amistad.

8) Definición operacional de la variable

Logros obtenidos: cualitativa, continua, policotómica, categoría:

- **Bajo de peso**
- **Mantuvo su peso**
- **Aumento de peso**
- **Abandono el tratamiento**
- **Aprendió conocimientos y habilidades necesarias para su autocuidado**

(28) Ibid. Pág. 33

5) CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	OPCIONES
NIVEL DE MOTIVACION (29) Es la condición interna en principio, externa a posterior; y ambas impulsan acciones orientadas a alcanzar una meta, logro u objetivo.	<u>Condiciones Internas:</u> LOGRO Factor que lleva a imponerse elevadas metas realista que alcanzar.	Valor de conseguir una meta	SI, A VECES, NO 1,3,4,21,14
	PODER Necesidad de influir y controlar a otras personas el reconocimiento por y grupos para obtener parte de ellas.	Responsabilidad personal	SI, A VECES, NO 9,10,11,26,5,32,33,37
		Deseo de distinguirse	SI, A VECES, NO 7,8,27,29,23
	<u>Condiciones Externas:</u> AFILIACIÓN Necesidad de formar parte de un grupo, establecer contactos cálidos y relaciones estrechas con los demás	Retroalimentación	SI, A VECES, NO 12,20,24,25,30
		Autoestima	SI, A VECES, NO 2,6,15,22,28,13,34,35,36

(29) Ibid. Pág. 33

Cuadro de operacionalización de la variable dependiente

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	OPCIONES
LOGROS OBTENIDOS(30) Tiene relación con el nivel de motivación que poseen las personas para ejecutar sus metas.		Bajo de peso	SI, A VECES, NO 16
		Mantuvo su peso	SI, A VECES, NO 17
		Aumento de peso	SI, A VECES, NO 18
		Abandono el tratamiento	SI, A VECES, NO 19
		Aprendió conocimientos y habilidades necesarias para su autocuidado	SI, A VECES, NO 31

6) Definición operacional de términos

Relación entre el nivel de motivación y logros obtenidos, son manifestaciones que se medirá a través de una entrevista estructuradas con las siguientes opciones cerradas:

SI, A VECES, NO.

7) Medición escalar según sus valores

SI 10..... ALTA

A VECES 5 MEDIA

NO1 BAJA

(30) Ibid, Pág. 33

8) Procedimiento para la recolección de datos

La investigación está dirigida a obtener información de los integrantes del grupo ALCO 2 de Abril, sobre la relación entre el nivel de motivación para bajar de peso y los logros obtenidos. Dadas estas características y los objetivos del estudio, se escogió como método de recolección de datos, la entrevista estructurada mediante un cuestionario anónimo con preguntas cerradas a completar mediante una entrevista personalizada. (Ver Cap. IV). Se realizó una muestra para valorar las respuestas aproximadas a obtener y comprobar si era comprendido. Se explicó antes de la entrevista, y la participación fue voluntaria. El estudio se realizará en un período de tres meses, partiendo desde su planificación hasta la realización del informe de resultados. La recolección de datos estará a cargo de las autoras, de manera alternada, para lo cual se establecerán criterios de entrega del instrumento y toma de los datos, para actuar de la misma manera frente a los participantes.

9) Técnica de procesamiento de datos

El procesamiento de los datos se realizará por medio de los programas Microsoft Excel 1998 y EPI INFO 2000., a partir de lo cual se realizará un análisis descriptivo de las variables de estudio por medio de tablas univariadas, gráficos sectoriales, de barras simples y polígonos de frecuencias. Asimismo, se realizarán tablas de contingencias para mostrar en conjunto la variable logros obtenidos y motivación así como algunos de los aspectos de la misma y se aplicará la prueba de X^2 para evaluar la asociación entre las mismas tablas de contingencia para mostrar las variables: motivación y logros obtenidos en conjunto.

10) Cronograma de actividades

	Semana													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Actividades														
<i>Planificación</i>	■	■												
<i>Revisión de instrumento</i>			■											
<i>Organización de tareas</i>		■	■	■										
<i>Prueba de instrumento</i>				■										
<i>Recolección de datos (entrevista)</i>				■	■	■	■							
<i>Recolección y análisis de datos</i>							■	■	■	■				
<i>Conclusiones</i>										■	■	■		
<i>Evaluación institucional</i>													■	■

11) Presentación de la muestra y análisis de datos

Las variables serán categorizadas en: Global

Motivación:

ALTA 281 a 320 p.

BAJA 32 a 280p.

A su vez el análisis de sus dimensiones se tomará las siguientes categorías:

Logro:

ALTO 66 a 130 p.

BAJO 13 a 65 p.

Poder:

ALTA 26 a 50

BAJA 5 a 50

Afiliación:

ALTA 26 a 50

BAJA 5 a 50

Logros obtenidos:

ALTA36 a 50

BAJA 5 a 35

Preguntas que suman al revés: (18, 19, 22, 36, 37)

SI 1

A VECES..... 5

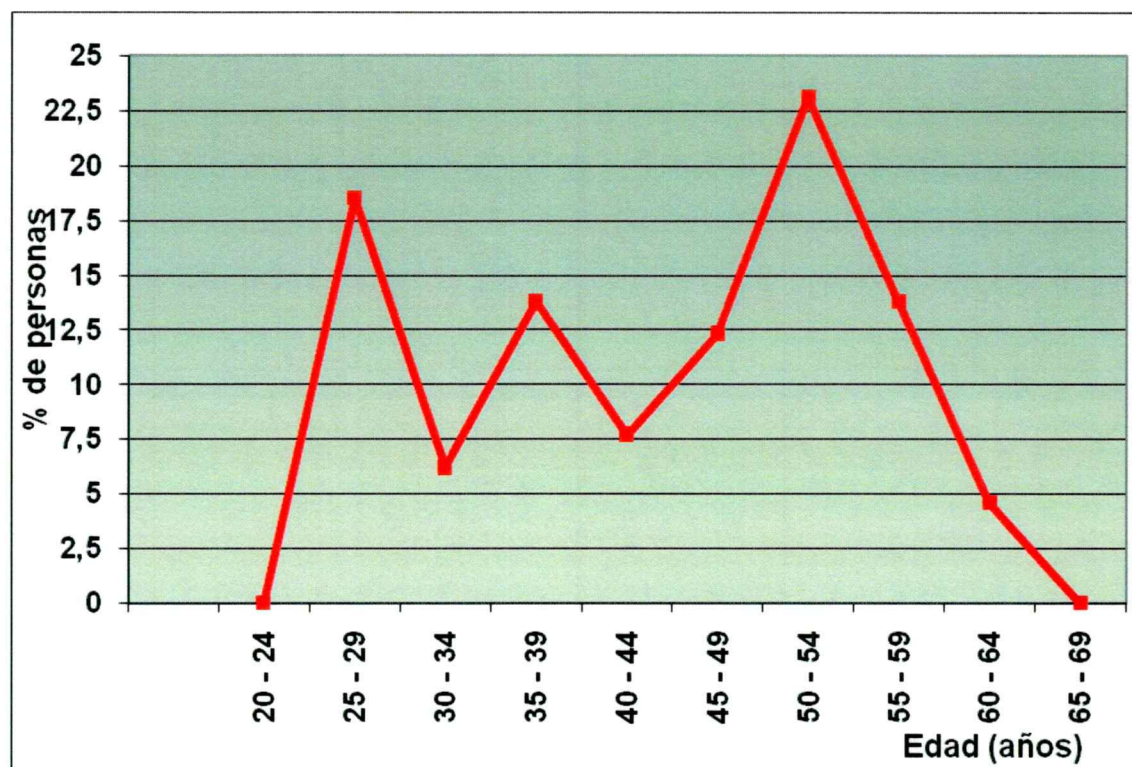
NO10

Preguntas que no se suman para la variable motivación: 16, 17, 18, 19, 31. Pero sí para la variable dependiente logros obtenidos.

12) PRESENTACIÓN DE LA MUESTRA Y ANÁLISIS UNIVARIADO

CATEGORÍA: Perfil Sociodemográfico

GRAFICO N° 1: Edad en personas adultas que concurren al grupo de autoayuda ALCO 2 de Abril, MDP, enero-febrero, 2011



Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En el gráfico N° 1: se observa que los concurrentes al grupo Alco 2 de Abril presentaron edades comprendidas entre los 25 y 65 años, con mayor frecuencia entre los 50 y 54 años (23,1%), los 25 y 29 años (18%), 35 a 39 años y fundamentalmente entre los 50 a 59 años (13.8%).

TABLA N° 2: Sexo de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

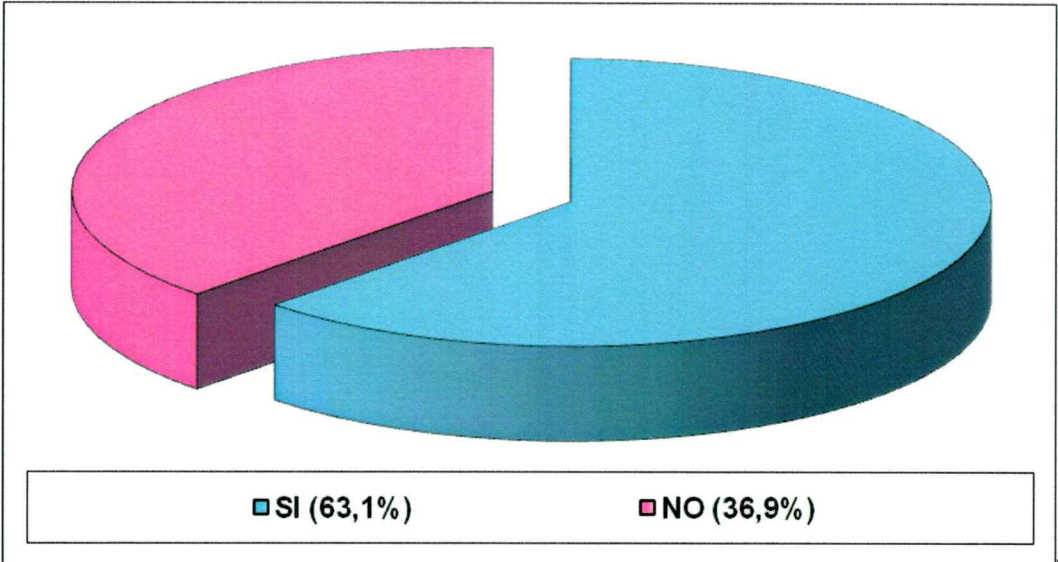
SEXO	N°	%
FEMENINO	45	69.2
MASCULINO	20	30.8
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En la tabla N° 2, se observa que la población estudiada estuvo constituida por un total de 65 personas, de las cuales el 69.2% fue de sexo femenino, mientras que el porcentaje restante fue de sexo masculino (30.8%).

Cabe destacar, que el estudio fue realizado en la estación de verano, momento en el cual el grupo recibe mayor cantidad de concurrentes.

GRÁFICO N°3: Situación laboral de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda ALCO 2 de Abril, MDP, enero-febrero, 2011



Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.
En el gráfico N°3: Se observa que el 63.1% de los encuestados trabajaba en el momento de realización del presente estudio, mientras que aproximadamente el tercio restante de los mismos no lo hacía.

TABLA N°4: Nivel de instrucción de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N°	%
ANALFABETO	1	1.5
PRIMARIO INCOMPLETO	4	6.2
PRIMARIO COMPLETO	10	15.4
SECUNDARIO INCOMPLETO	18	27.7
SECUNDARIO COMPLETO	16	24.6
TERCIARIO INCOMPLETO	6	9.2
TERCIARIO COMPLETO	10	15.6
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En la Tabla N° 4: Se muestra que el 1.5% de los estudiados era analfabeto, mientras que el 6.2% y el 15.4% presentó primario incompleto y completo respectivamente. Asimismo, se visualiza que el 27,7% de los encuestados alcanzaron el secundario incompleto como máximo nivel educativo, mientras que el 24,6% refirió haber completado la educación secundaria. El 9.2% de las personas que concurrían al grupo presentaron terciario incompleto y el 15.4% terciario completo.

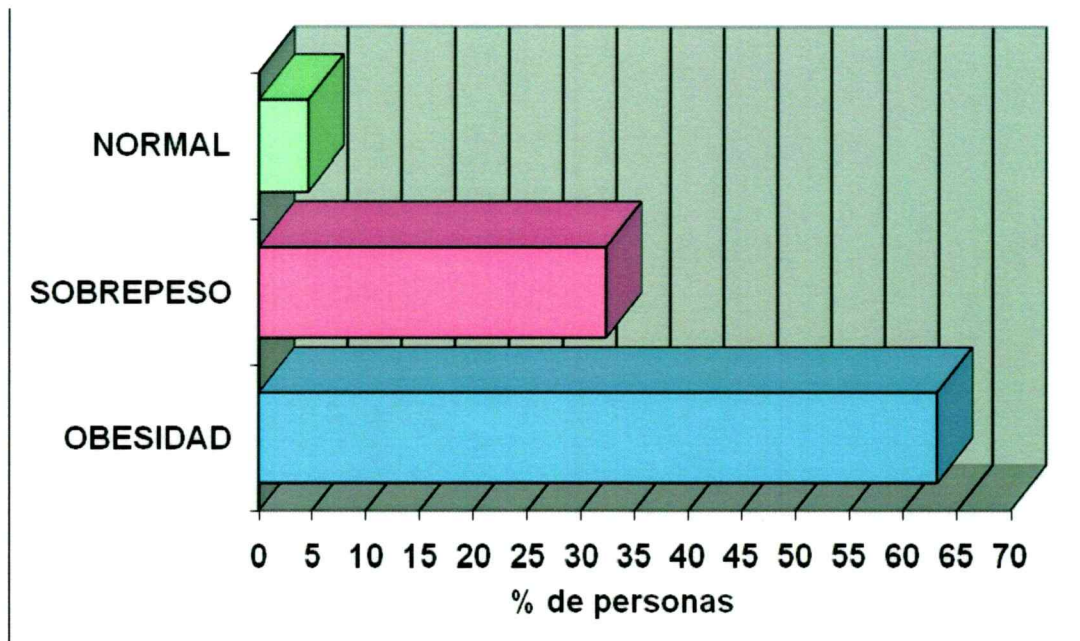
TABLA N° 5: Cobertura en salud de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda ALCO 2 de Abril, MDP, enero-febrero 2011

COBERTURA EN SALUD	N°	%
SI	34	52.3
NO	31	47.7
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E. Choque, P., Pérez, A. Encuesta propia, enero-febrero 2011

En la TABLA N°5: se observa que aproximadamente la mitad de los encuestados no poseían cobertura en salud.

GRÁFICO N°6: Índice de Masa Corporal (IMC) de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

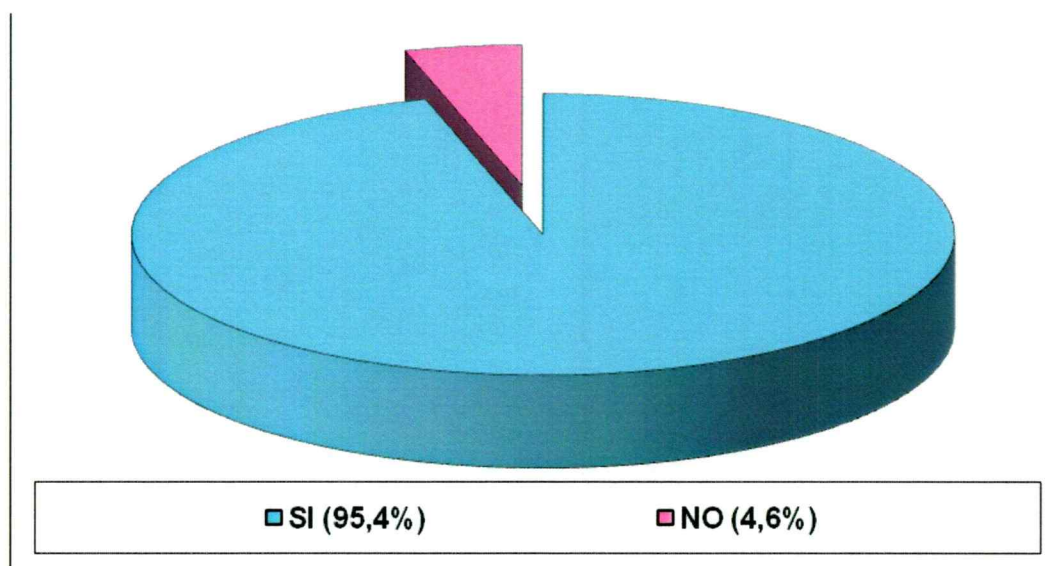


Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

IMC ubicado en el rango de obesidad, mientras que el 32.3% de los mismos presentó En el grafico superior, se muestra que el 63.1% de los encuestados presentó un valores de referencia de sobrepeso.

Asimismo, se observa que solo el 4.6% de los concurrentes al grupo presentó valores dentro del rango esperable para peso y talla.

GRÁFICO N° 7: Obesidad abdominal en personas adultas que concurren al grupo de autoayuda ALCO 2 de Abril, MDP, enero-febrero, 2011



Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia, enero-febrero 2011

En el gráfico N° 7, se observa que el 95.4% de los encuestados, presentó obesidad abdominal al momento de realización del presente estudio.

CATEGORÍA DE INFORMACIÓN: NIVEL DE MOTIVACIÓN:

TABLA N° 8: nivel de motivación de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

NIVEL DE MOTIVACION	N°	%
ALTA	40	61.5
BAJA	25	38.5
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En la Tabla N° 8: Se observa que el 61.5% de las personas que concurrían al grupo Alco 2 de Abril, refirieron poseer un nivel de motivación alta para el descenso de peso y la participación en el grupo, mientras que el porcentaje restante presentó un nivel de motivación baja al respecto.

Dimensiones: Condiciones Internas: Logro

TABLA N° 9: Valor de conseguir la meta adjudicado por las personas adultas que concurren al grupo de autoayuda ALCO 2 de Abril, enero- febrero 2011.

VALOR DE CONSEGUIR UNA META	N°	%
ALTO	64	98.5
BAJO	1	1.5
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011

En la tabla N° 9, se observa que la mayor proporción (98.5%) de encuestados adjudico un alto valor al logro de una meta, mientras que solo uno de los estudiados le adjudico una baja valía.

TABLA N°10: Responsabilidad personal referida por las personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

RESPONSABILIDAD PERSONAL	N°	%
ALTA	63	96.2
BAJA	2	3.8
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia, MDP, enero-febrero

En la tabla n° 10 se observa que el 96.2% de las personas que concurrían al grupo ALCO 2 de Abril, refirieron una alta responsabilidad personal para el logro de objetivos propuestos, mientras que solo el 3.8% de los mismos manifestó características bajas en dicho aspecto.

Dimensión: Condiciones Internas: Poder

TABLA N° 11: Deseo de distinguirse de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

DESEO DE DISTINGUIRSE	N°	%
ALTO	45	69.2
BAJO	20	30.8
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En la Tabla N° 11, se visualiza que el 69.2% de las personas refirió tener un alto deseo de distinguirse como aspecto motivacional, mientras que el porcentaje restante refirió características que los ubican en un nivel bajo en relación al mismo.

Dimensiones: Condiciones Externas: Afiliación

TABLA N° 12: Retroalimentación de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

RETROALIMENTACION	N°	%
ALTA	65	100
BAJA	0	0
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En la Tabla N° 12, se muestra que la totalidad de los encuestados refirieron poseer una retroalimentación alta con el grupo, coordinadores y familiares.

TABLA N° 13: Autoestima de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

AUTOESTIMA	N°	%
ALTA	61	93.8
BAJA	4	6.2
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En la Tabla n° 13 se observa que el 93.8% de los encuestados refirieron aspectos que los describen como sujetos con autoestima alta, mientras que solo en el 6.2% de los mismos fue baja.

TABLA N° 14 : Logros obtenidos de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

LOGROS OBTENIDOS	N°	%
ALTOS	51	78.5
BAJOS	14	21.5
TOTAL	65	100

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En la Tabla n° 14, se muestra que el 78.5% de los participantes del grupo presentaron logros calificados como altos con respecto al descenso o mantenimiento de su peso, mientras que solo el 21.5% de los mismos presentaron dificultades al respecto.

13) ANALISIS BIVARIADO

Categoría de Información: Relación entre el nivel de motivación y logros obtenidos

TABLA N° 15: Logros obtenidos según motivación de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

NIVEL DE MOTIVACIÓN	LOGROS OBTENIDOS				TOTAL
	ALTOS		BAJOS		
	N°	%	N°	%	
ALTA	33	82.5	7	17.5	40
BAJA	18	72.0	7	28.0	25
TOTAL	51	78.5	14	21.5	65

$$\chi^2 = 1.01$$

$$G1=1$$

$$p>0.05$$

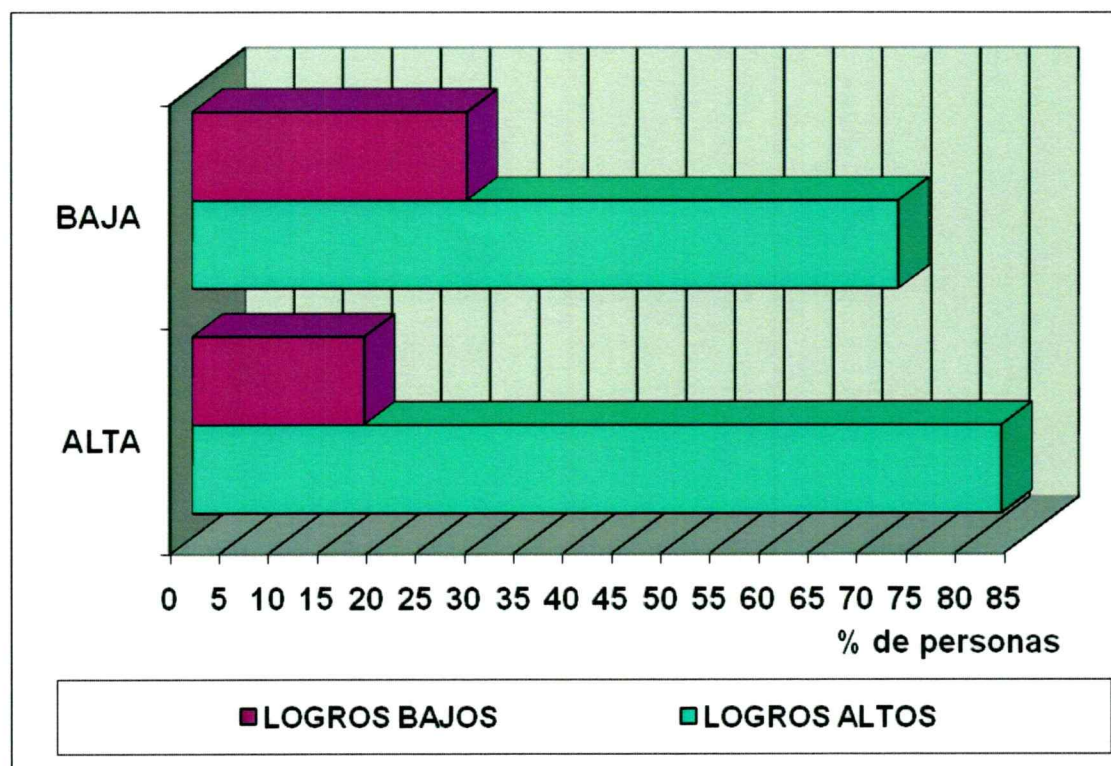
Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

En la tabla n° 15, se observa que la proporción de personas que presentaron motivación alta para el tratamiento y obtuvieron altos logros fue superior a la de concurrentes al grupo que estaban con un nivel de motivación bajo y alcanzaron estos mismos logros.

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$). Tal vez debido al tamaño de la muestra.

Categoría de Información: Relación entre nivel de motivación y logros obtenidos

GRAFICO N°16: Logros obtenidos según nivel de motivación de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011



Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero-febrero 2011

En el grafico superior se observa que es mayor la proporción de personas con una alta motivación que obtuvieron logros altos a la proporción de personas que presentaron una motivación baja con los mismos.

Categoría de información: Relación entre logros obtenidos según responsabilidad personal.

TABLA N° 12: Logros obtenidos según responsabilidad personal de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

RESPONSABILIDAD PERSONAL	LOGROS OBTENIDOS				TOTAL
	ALTOS		BAJOS		
	N°	%	N°	%	
ALTA	49	77.8	14	22.8	63
BAJA	2	100	0	0	2
TOTAL	51	78.5	14	21.5	65

$$\chi^2=1.12$$

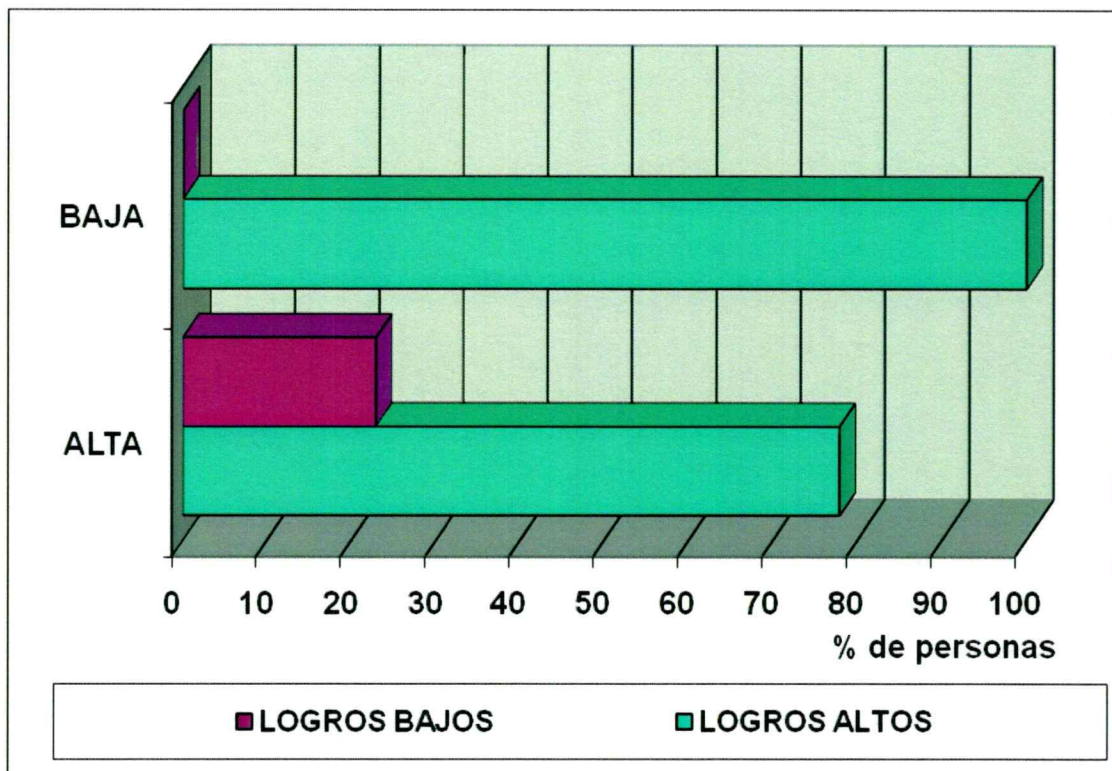
$$G1=1$$

$$p>0.05$$

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

Se observa que se corresponde un mayor porcentaje entre la responsabilidad alta y los altos logros obtenidos (77,8 %). Aunque estadísticamente, éste valor resulta no significativo. (p>0,05).

GRÁFICO N° 13 : Logros obtenidos según Responsabilidad personal de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda ALCO 2 de Abril. MDP. Enero-febrero 2011



Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero-febrero 2011

En el gráfico n° 13 se visualiza que la proporción de personas con gran responsabilidad personal que han obtenido logros altos no presenta diferencias estadísticamente significativas a la proporción de personas con baja responsabilidad personal que obtuvieron los mismos logros.

Esta situación puede estar influenciada por la escasa cantidad de encuestados que presentaron una responsabilidad baja para el logro de los objetivos.

Categoría de información : Relación entre logros obtenidos según autoestima

TABLA N° 13: Logros obtenidos según autoestima de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda Alco, 2 de Abril. Mar del Plata. Enero - febrero 2011.

AUTOESTIMA	LOGROS OBTENIDOS				TOTAL
	ALTOS		BAJOS		
	N°	%	N°	%	
ALTA	47	77.0	14	33.0	61
BAJA	4	100	0	0	4
TOTAL	51	78.5	14	21.5	65

$X^2=1.15$

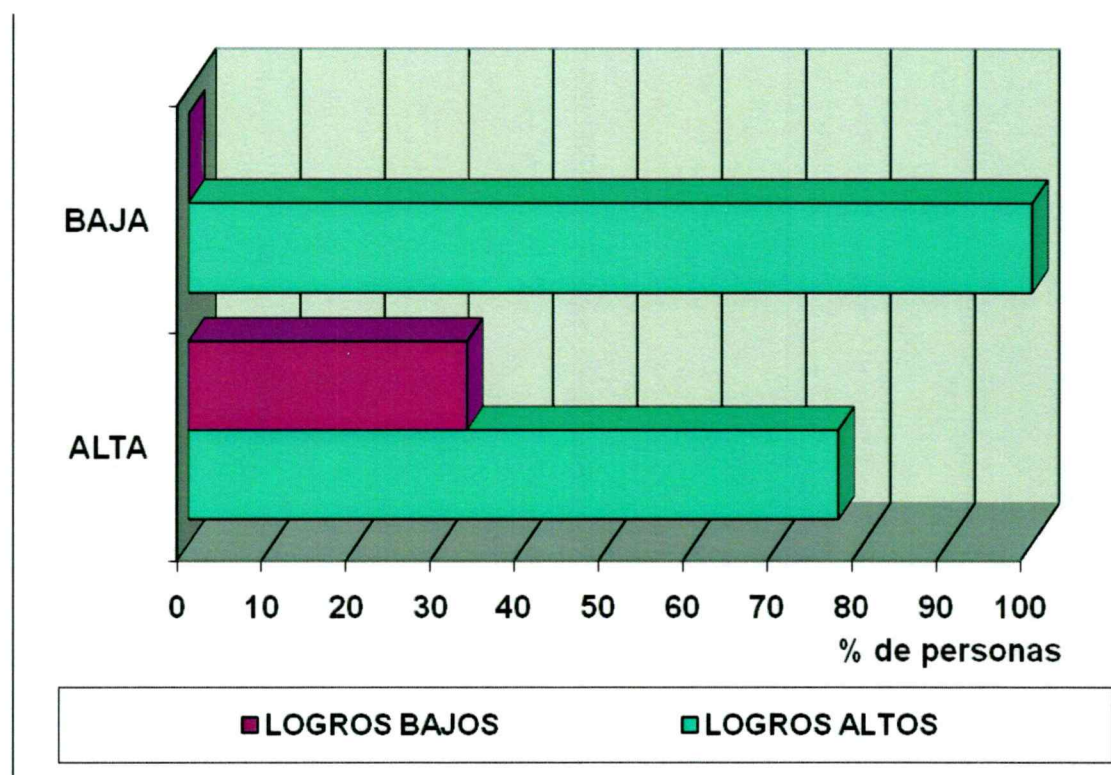
$Gf=1$

$p>0.05$

Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero Febrero 2011.

Se observa que se corresponde un mayor porcentaje entre la autoestima alta y los altos logros obtenidos (77.0). Aunque estadísticamente este valor resulte no significativo. ($p>0,05$)

GRÁFICO N°16: Logros obtenidos según autoestima de personas adultas que concurren al grupo de autoayuda ALCO 2 de Abril. MDP. Enero-febrero 2011



Fuente: Alegre, E.; Choque, P.; Pérez, A. Encuesta propia. Enero-febrero 2011

En el Gráfico n°16: Se observa una situación llamativa dada por el hecho que la proporción de personas con autoestima alta que obtuvieron logros calificados como altos, fue inferior a la proporción de personas que poseían autoestima baja y alcanzaron los mismos.

Capítulo IV: Discusión y conclusión

Respecto a la variable estudiada, nivel de motivación, se observa que teniendo en cuenta sus indicadores que 40 integrantes del grupo de autoayuda Alco 2 de abril presentaron un nivel alto de motivación y el resto bajo. Los logros obtenidos en el 75,5 % fueron altos. A pesar de esto la relación entre el nivel de motivación y los logros no muestran valores significativos; probablemente debido a que la muestra resultó insuficiente. Como profesionales de enfermería deben ir relacionados con las demandas reales de las personas obesas, brindar mayor información para el aprendizaje y buen gerenciamiento del autocuidado de las mismas. Además sugerimos para posibles y futuros trabajos de investigación, una muestra con población más grande, clasificándolos con las opciones alta, media, baja. Analizar a cada uno de los aspectos de las personas individualmente en relación a los logros objetivos de parte del equipo interdisciplinario y los logros subjetivos propios de las personas.

1) BIBLIOGRAFIA

- Cormillot y otros, “Obesidad”, Edic. Panamericanas SA, Bs. As., año 1977, pág. 19, 23, 25, 92, 93, 94, 122, 160, 167.
- Cormillot, Alberto; Fuchs Analía. (2002). Obesidad y dismorfia: otro punto de vista sobre una enfermedad crónica. Revista actualidad Psicológica, N° 300. Agosto 2002.
- Cormillot, Alberto; Fundación ALCO; Revista pasaporte para vivir mejor. Pág. Año 2009.
- Chandler, Eduardo; Rovira Bernardo. (2002). Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. Revista Actualidad Psicológica, N° 300. Agosto 2002
- Joseph Nuttin, “Teoría de la motivación humana, edic., Paidós, SAICF, 1982, Barcelona, España, pág., 14, 15.
- Maslow Abraham, “Motivación y personalidad”, Edic. Díaz de Santos, S.A., Madrid, España, 1991, pág. 21 a 27, 50
- Keenan Kate, “Gestión del equipo humano”, edic. Booke, Madrid, España, 2000, pág. 33
- McClelland, D. 1961. The achieving society. New York: academic Press, pág. 267 a 299.
- Braguinsky, Jorge y col. (1999). Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento- 2ª edición- Editorial El Ateneo. Buenos Aires.

- **Cañamares, Esteban. (2002) ¿Por qué no puedo adelgazar? Causas psicológicas de la obesidad. Editorial ALGABA. España.**
- **Panzita, Ma. Teresa. (Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (Lic. En psicología especializada en trastornos alimentarios de obesidad del Hospital Durand y Fundación Favaloro).**

Sitios de consulta en internet:

<http://www.lanacion.com.ar/1039518-el-congreso-aprobo-la-ley-de-obesidad>

<http://nacionysalud.com/node/430>

http://www.saludyderecho.com/site/sec_ques.php

<http://www.eldiariodeparana.com.ar/textocomp.asp?id=133561>

<http://www.lanación.com.arCiencias/Salud>

3) Planilla de entrevista

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicios Sociales
Carrera de Licenciatura en Enfermería
N°.....

Planilla de recolección de datos: Relación entre el nivel motivación y logros obtenidos para bajar peso de los participantes del grupo ALCO 2 de Abril

*La finalidad de esta encuesta es conocer los motivos por los cuales concurre al grupo y te sientes motivado para descender de peso . Puedes aportar **opiniones o sugerencias** que permitan mejorar cualquier aspecto.*

☺ Es individual y anónima

📖 Se debe leer atentamente

🗒 Se debe responder con la mayor precisión, en el tiempo necesario. No hay respuestas 'correctas' o 'incorrectas', interesa sólo tu opinión.

Datos personales:

Edad (en años): __

Sexo: (F) (M)

Ocupación:

-Trabaja en relación
de dependencia:

Si

No

- Cobertura en Salud:

Si

No

- Nivel de instrucción:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> no sabe leer y escribir | <input type="checkbox"/> secundaria incompleta |
| <input type="checkbox"/> primaria incompleta | <input type="checkbox"/> secundaria completa |
| <input type="checkbox"/> primaria completa | <input type="checkbox"/> terciario/universitario
(completa/incompleta) |

Datos sobre IMC y peso:

- Normal
- Sobrepeso
- Obesidad

Obesidad Abdominal

Si

No

<p>Datos Motivacionales:</p> <p>1.-Bajar o mantener peso para mí, es valioso</p>	<p><input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> a veces</p>
<p>2.-Lograr la meta de bajar de peso aumenta mi autoestima</p>	<p><input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> a veces</p>
<p>3.-Me propongo tener la capacidad suficiente para mantener el peso</p>	<p><input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> a veces</p>
<p>4.-Cumplo las metas que me propongo</p>	<p><input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> a veces</p>
<p>5.-Participo en todas las reuniones y actividades grupales</p>	<p><input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> a veces</p>
<p>6.-Descender de peso me permite mejorar mi imagen corporal</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> a veces</p>
<p>7.-Descender de peso me permite mejorar mi situación social</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> a veces</p>

8.-Descender de peso me hace merecedor del reconocimiento de mis compañeros	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces
9.-Estoy dispuesto a realizar el esfuerzo necesario para bajar de peso	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces
10.-Cuando asumo un compromiso lo cumplo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces
11.-Me distingo por mi responsabilidad en diferentes ámbitos	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces
12.-Me importa cuando la coordinadora del grupo me indica como estoy llevando a cabo el tratamiento	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces
13.- Aprecio mi esfuerzo cuando el resultado obtenido es positivo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces
14.-Dedico tiempo a mis esfuerzos para alcanzar mi objetivo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces

<p>15.-Confío que lograré mi objetivo de descender de peso</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> si</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> a veces</p> <p>.....</p>
<p>16.- Logré bajar de peso</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>17.- Logré mantener mi peso</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>18.- A pesar de mis esfuerzos aumenté de peso</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>19.- No logré mi objetivo de bajar de peso porque abandoné el tratamiento</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>20.- Disfruto de las caminatas en Grupo</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>

<p>21.- Realizo ejercicio físico tres veces por semana</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>22.-Mis hábitos de alimentación interfieren con mis relaciones amistosas</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>23.- Descender de peso me hace merecedor del reconocimiento de mis Compañeros de grupo.</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>24.- Tengo el apoyo de mi familia para lograr mi meta de bajar de peso</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>25.- Dentro del grupo se fomenta el compañerismo y la unión.</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>26.- Cumplo con la dieta establecida en el programa de ALCO 2 de Abril</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>27.- Comparto mis logros en el grupo</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>

<p>28.- Expreso mi opinión libremente con mis compañeros de grupo</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>29.- Aporto ideas creativas a mis compañeros</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>30.-Considero positiva la comunicación con mis compañeros y coordinadores del grupo.</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>31.-Logré aprender conocimientos y habilidades necesarios para tener un autocuidado responsable.</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>32.-Ocuparme de mi salud es la parte más importante del proceso de bienestar para bajar de peso.</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p> <p>.....</p>
<p>33.-Me comprometo a ser el gerente en el proceso de mi recuperación modificando mis hábitos alimenticios.</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>

<p>34.- Considero que puedo bajar de peso ya que mi metabolismo no depende de mí, pero sí mis actitudes</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>35.-Reconozco mis aciertos y tomaré la responsabilidad de fortalecerlos.</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>36.-Recurro a las excusas para justificar lo que como</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p>37.-Modifico las indicaciones que me da mi coordinadora</p>	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> A veces</p>
<p><i>Observaciones:</i></p>	

4) Anexos

Teoría Tres Necesidades De McClelland

Esta teoría aparece en 1962, apoyándose en la de Max Weber , quien sostiene que el desarrollo de países industrializados se debía a factores culturales, entre las cuales destaca la ética. Mc Clelland afirma que los factores que motivan al hombre son grupales y culturales. Mc Clelland sostiene que existen 3 tipos de factores que motivan al ser humano:

• EL DE REALIZACIÓN O LOGRO

o La persona desea lograr sus metas aunque lo rechace el grupo.

♣ Los factores geográficos o naturales son secundarios; lo importante es la motivación de logro.

♣ El factor logro es el centro de desarrollo económico de un país, lo cual puede intensificarse por la influencia de los padres.

♣ El factor logro es el centro de desarrollo económico de un país, lo cual puede intensificarse por la influencia de los padres.

♣ Logro y afiliación son opuestos. Para funcionarios públicos deben ir unidos.

• EL DE AFILIACIÓN

o Están más interesados en establecer contactos cálidos

♣ relaciones estrechas con los demás

• EL DE PODER.

o Las personas tratan de influir sobre los demás

TEORIA DE LAS TRES NECESIDADES.

David McClelland y otras personas han propuesto esta teoría. En su investigación encontró, que los individuos con grandes logros se diferencian de otros, por su deseo de hacer las cosas mejor.

También señala que las personas que tienen una fuerte necesidad de logro presentan las siguientes características:

- Prefieren tareas en las que pueden tener un alto grado de responsabilidad.
- Se fijan metas realistas.
- Planean meticulosamente sus acciones para alcanzar resultados.
- Se interesan por reconocer sus éxitos y fracasos.
- Valoran más la competencia que la amistad.

Las personas que tienen una alta necesidad de afiliación se preocupan más por:

- la amistad que por salir adelante
- trabajo en equipo.

Las personas con una fuerte necesidad de poder buscan:

- estatus y autoridad como una vía para satisfacer su necesidad.

Mc. Clelland habla de una “sociedad realizadora” para referirse a que en ciertas épocas y lugares florece la motivación de logros fuertemente apoyada por la sociedad, sus instituciones y sus mitos. Las culturas varían en su evaluación del dominio intelectual como vehículo de expresión de la competencia.

EN RESUMEN

TEORÍA DE Mc.CLELLAND DE LAS NECESIDADES.

Esta teoría se basa en tres necesidades:

Necesidades de Realización. su interés es desarrollarse, destacarse aceptando responsabilidades personales. se distingue además por intentar hacer bien las cosas. tener éxito incluso por encima de los premios. Buscan el enfrentamiento con problemas. desean retroalimentarse para saber sus resultados y afrontan el triunfo o el fracaso.

Necesidades de Poder. su principal rasgo es el de tener influencia y control sobre los demás y se afanan por esto. Prefieren la lucha, la competencia y se preocupan mucho por su prestigio y por influir sobre las otras personas incluso más que por sus resultados.

Necesidades de Filiación. su rasgo esencial ser solicitados y aceptados por otros. persiguen la amistad y la cooperación en lugar de la lucha, buscan comprensión y buenas relaciones.

¿QUIE ES EL?

Teoría de David C. Mc.Clelland. David C. Mc. Clelland es un psicólogo que habla sobre la motivación. Su teoría (1962) sostiene que los factores motivacionales son:

• Grupales.

• Culturales.

PUNTOS DE VISTA SEMEJANTES DE LA TEORIA

(lo mismo pero con otras palabras)

Además hay tres tipos de factores:

• Logro (alcanzar algo).

• Afiliación (pertenecer al grupo).

• Poder (deseo de dominar).

Los tres impulsos (poder, afiliación y realización) son de un valor especial para la ciencia de la administración y deben reconocerse para lograr que una empresa organizada funcione bien. Dado que cualquier empresa organizada y cada departamento dentro de ella representan grupos de individuos que trabajan para alcanzar metas conjuntas, la necesidad de realización es de gran importancia. Necesidad de poder. Mc.Clelland y otros investigadores han descubierto que las personas que poseen una alta necesidad de poder tienen un gran interés por ejercer influencia y control. Tales individuos generalmente buscan posiciones de liderazgo; con frecuencia son buenos conversadores, aunque a menudo les gusta discutir mediante diversos argumentos; son enérgicos “boquiflojos”, tercos y exigentes y disfrutan al enseñar y hablar en público. Necesidad de afiliación. Las personas que tienen una alta necesidad de afiliación suelen gustar de ser apreciadas y tienden a evitar el dolor de ser rechazadas por un grupo social. Como individuos tienden a ocuparse de mantener relaciones sociales placenteras, de disfrutar un sentido de intimidad y comprensión, están listos a consolar y ayudar a quienes tienen problemas y de gozar la interacción amistosa con los demás. Necesidad de realización. Las personas que tienen una alta necesidad de realización poseen también un intenso deseo por el éxito y un temor igual al fracaso, quieren ser desafiadas, establecerse metas moderadamente difíciles (pero no imposibles), dar un enfoque realista al riesgo (tal vez no les agraden los juegos de azar, sino más bien analizarán y evaluarán los problemas); prefieren asumir una responsabilidad personal para hacer que se realice un trabajo; les gusta obtener una retroalimentación rápida y específica en términos de cuan bien hacen las cosas, tienden a ser constantes, les gusta trabajar durante largas horas, no se preocupan indebidamente por el trabajo si este ocurre, y gustan de dirigir sus propios “espectáculos”.

Origen de la teoría de las necesidades. (Historia)

McClelland's la teoría de necesidades fue basada en la teoría de la personalidad por Henry Murray (1938). Murray describió un modelo comprensivo de necesidades humanas y de procesos de motivación.

Determinación las necesidades de McClelland. (Prueba)

La prueba temática de Percepción (TAT) puede ayudar a una persona a descubrir que tipo de trabajo sería preferible según su necesidad dominante. Mostrando a la persona examinada una serie de cuadros ambiguos, se le pide desarrollar una historia espontánea para cada cuadro. La asunción subyacente es que la persona examinada proyectará sus

propias necesidades en la historia. El análisis del examen puede entonces ser utilizado para recomendar un tipo especial de trabajo para el cual la persona puede estar bien adaptada.

Teoría de las necesidades (David McClelland)

El concepto de la teoría de las necesidades fue popularizada por el psicólogo americano del comportamiento David McClelland. Edificada sobre la base del trabajo del Henrio Murray (1938). McClelland estableció en 1961 que la motivación de un individuo puede deberse a la búsqueda de satisfacción de tres necesidades dominantes: la necesidad de logro, de poder y de afiliación.

La necesidad de logro(N-Ach). es el grado al cual una persona desea realizar tareas difíciles y desafiantes en un de alto nivel. Algunas características de la gente alta de N-Ach son:

- La persona desea tener éxito y necesita recibir retroalimentación positiva a menudo. - La persona intenta presionarse a si mismos para evitar ambas situaciones: o las poco arriesgadas y o las de riesgo elevado. Esta persona evita situaciones poco arriesgadas porque cree que el éxito fácilmente alcanzado no es un logro genuino. Y por otro lado, los proyectos de riesgo elevado, son resultado de una de las alternativas posibles en lugar de como un resultado de su propio esfuerzo. - Tienen gusto de trabajar solos o con otros cumplidores de alto desempeño. - McClelland cree que estas personas son los mejores líderes, aunque pueden tender a exigir demasiado de su personal en la creencia que todos son también guiados por altos desempeños.

La necesidad de afiliación(N-Affil) significa que la gente busca buenas relaciones interpersonales con otras. Algunas características de la gente alta de N-Affil:

- Desea gustar y ser aceptada por los demás, y da importancia a la interacción personal.

- Tiende a conformarse con las normas de su grupo de trabajo.

- Se esfuerza por hacer y preservar relaciones con una alta cantidad de confianza y comprensión mutua.

- Prefiere la cooperación sobre la competición.

- Obviamente, se desempeña bien en situaciones de interacción con clientes y en servicio al cliente.

- McClelland creyó que una necesidad fuerte de afiliación mina la capacidad de los gerentes para ser objetivos y tomar de decisiones.

La necesidad de Poder(N-Pow) es típica en la gente que le gusta estar a cargo como responsable.

- Esta gente se agrupa en dos tipos: poder personal y poder institucional.

- La gente con una alta necesidad de poder personal desea dirigir e influenciar a otras personas.

- Una alta necesidad de poder institucional significa que a esta gente le gusta organizar los esfuerzos de otros para alcanzar las metas de la organización.

- La gente de alto poder goza de la competencia y de las situaciones orientadas al estatus.

- Mientras que estas personas atraen a esta gente a los papeles de dirección, ellas pueden no poseer la flexibilidad requerida y las habilidades orientadas a la gente, necesarias.

- Los encargados con una alta necesidad de poder institucional tienden para ser más eficaces que aquellos con una alta necesidad de poder personal.

Generalmente, las tres necesidades están presentes en cada individuo. Son formadas y adquiridas con el tiempo por la vivencia cultural del individuo y su experiencia de vida. Se puede utilizar el entrenamiento para modificar un perfil de necesidad. Sin embargo, una de las necesidades es la dominante, también dependiendo de cada personalidad. A diferencia de Maslow, McClelland no especificó ninguna etapas de transición entre las necesidades. La importancia de las diversas necesidades en el trabajo depende de la posición que cada individuo ocupa. La necesidad de logro y la necesidad de poder son típicas en las gerencias medias y de la plana mayor.

McClelland's el concepto también se refiere como aprendió teoría de las necesidades, teoría adquirida de las necesidades, y teoría de tres necesidades.

BIBLIOTECA VIRTUAL de Derecho, Economía y Ciencias Sociales

COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL En Busca del Desarrollo de Ventajas Competitivas

Eduardo Amorós



Esta página muestra parte del texto pero sin formato.
[Puede bajarse el libro completo en PDF comprimido ZIP \(272 páginas, 3,09 Mb\) pulsando aquí](#)

Teoría de las necesidades de McClelland

David McClelland sostuvo que todos los individuos poseen

- ♣ Necesidad de logro: Se refiere al esfuerzo por sobresalir, el logro en relación con un grupo de estándares, la lucha por el éxito.
- ♣ Necesidad de poder: Se refiere a la necesidad de conseguir que las demás personas se comporten en una manera que no lo harían, es decir se refiere al deseo de tener impacto, de influir y controlar a los demás.
- ♣ Necesidad de afiliación: Se refiere al deseo de relacionarse con las demás personas, es decir de entablar relaciones interpersonales amistosas y cercanas con los demás integrantes de la organización.

Los individuos se encuentran motivados, de acuerdo con la intensidad de su deseo de desempeñarse, en términos de una norma de excelencia o de tener éxito en situaciones competitivas.

En la investigación acerca de la necesidad de logro, McClelland encontró que los grandes realizadores se diferencian de otros por su deseo de realizar mejor las cosas. Buscan situaciones, en las que tengan la responsabilidad personal de brindar soluciones a los problemas, situaciones en las que pueden recibir una retroalimentación rápida acerca de su desempeño, a fin de saber si están mejorando o no y por último, situaciones en las que puedan entablar metas desafiantes; no obstante les molesta tener éxito por la suerte, es decir prefieren el desafío de trabajar en un problema y cargar con la responsabilidad personal del éxito o fracaso. Además evitan las tareas no muy fáciles o muy difíciles. Al superar obstáculos, desean sentir que el resultado, es decir su éxito o fracaso, depende de sus propias acciones. Los grandes realizadores se desempeñan mejor cuando perciben que tienen una oportunidad de éxito del 50% y una de fracaso de 50%, pues así poseen una buena posibilidad de experimentar sentimientos de logro y satisfacción de sus esfuerzos.

Por otra parte los individuos que poseen una alta necesidad de poder, disfrutan el encontrarse a cargo de los demás, se esfuerzan por influenciarlos, además ansían ser colocados en situaciones competitivas y dirigidas al estatus, y tienden a interesarse más por el prestigio y la consecución de influencia sobre los demás, que en el desempeño eficaz.



La tercera necesidad es la de afiliación, que no ha recibido mucha atención por parte de los investigadores. Pero que a la larga crea un ambiente grato de trabajo, que influye y están claramente relacionadas con las otras necesidades. Por ejemplo, el hecho de mantener buenas relaciones con los demás miembros de la organización, podrá producir que un gerente, más que poder coercitivo sobre sus subordinados, se gane el poder bajo la forma de autoridad; que a la larga le ayudará a conseguir eficientemente las metas trazadas por la organización y las personales en consecuencia. En esta situación se observa claramente una relación entre las necesidades de afiliación, logro y poder.

Proyección Personal y Profesional

Pirámide de MASLOW

En su obra "**Motivations and Personality**", publicada por Harper and Row en 1954, el psicólogo Abraham H. Maslow propuso una teoría de motivación basada en cinco categorías de necesidades humanas. Para comprenderla mejor es útil definir previamente algunos términos que, en este caso, se refieren exclusivamente al comportamiento humano:

Necesidades: Falta o ausencia de cosas que son necesarias para la conservación de la vida. Crean impulsos que hacen que se busque una solución para mitigar o eliminar las carencias que las originan. Por ejemplo, la **necesidad** de respirar, beber o comer.

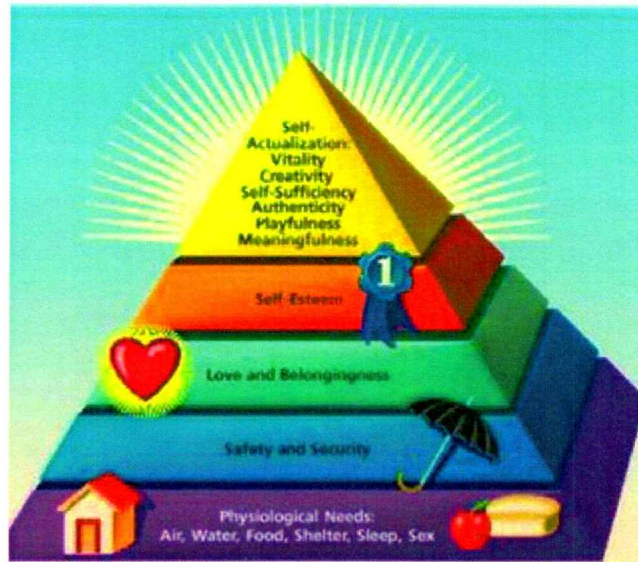
Deseos: Son impulsos más fuertes y específicas que las necesidades. Están orientados hacia la posesión o disfrute de algo concreto, que se conoce bien, que se antoja o que ya ha probado ser efectivo. Crean impulsos que pueden ser irresistibles hacia los objetos concretos. Ejemplo, el **deseo** de beber una determinada bebida o de comer una golosina concreta.

Motivaciones: Son fuerzas internas que impulsan al individuo a actuar en determinada forma. La motivación puede tener su origen en fuentes positivas o negativas. Por ejemplo, la codicia puede ser fuente de **motivación** para robar o el amor puede ser fuente de **motivación** para el desarrollo personal.

Impulsos: Son acciones que se llevan a cabo sin mayor reflexión, generalmente como resultado de actitudes o costumbres adquiridas. Por ejemplo, comprar **impulsivamente** una revista que está en la caja de un supermercado cuando un ama de casa se dispone a pagar el importe de sus compras.

Estímulos: Son situaciones, acciones o palabras que, originadas por alguien, incitan a obrar al sujeto receptor. Por ejemplo, un insulto incita a una reacción violenta o, por el contrario, una palabra amable incita a una respuesta similar.

Reacciones: Son la respuesta al estímulo recibido. Por ejemplo, el reconocimiento a un trabajo bien hecho puede tener como respuesta el mantenimiento o mejoramiento de la calidad lograda en el trabajo de persona afectada.



Maslow basa su teoría de motivaciones en las necesidades y los deseos de las personas. Sostiene que puede aplicarse tanto en la vida familiar, como en el trabajo, la política o cualquier otra actividad humana. Define cinco niveles de necesidades y deseos, ordenados en forma ascendente, lo que indica que, en general, primero se debe satisfacer la primera categoría y después las siguientes. Sin embargo, reconoce también que un individuo puede estar involucrado en dos o tres niveles al mismo tiempo. Estas categorías son las siguientes:

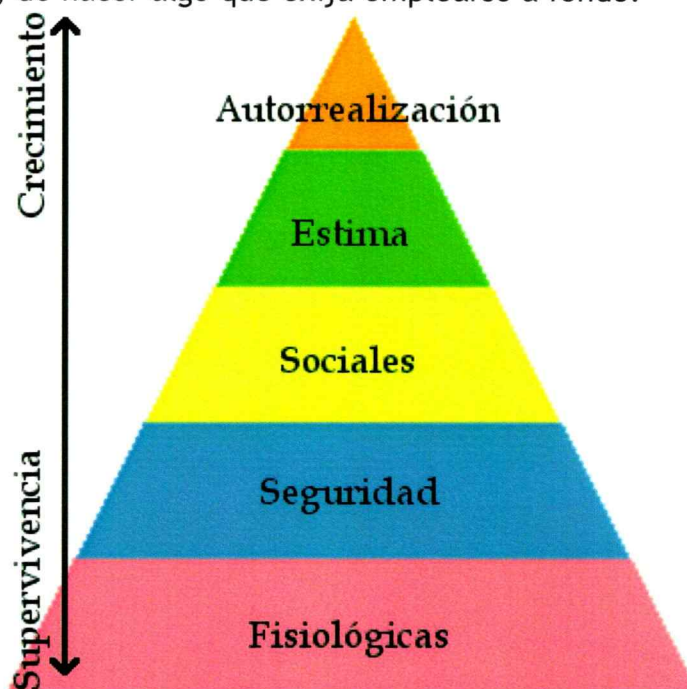
FISIOLÓGICAS. Son las necesidades **biológicas básicas** de subsistencia, cuya satisfacción es urgente, impostergable más allá de un límite. Los motivadores son el hambre, la sed, el cansancio, el sueño, el apetito sexual. En el individuo, las reacciones frente a una carencia de este tipo pueden llegar a ser violentas.

DE SEGURIDAD. Son las necesidades **psicológicas**, que dan al individuo tranquilidad y confianza. Los motivadores son, entre otros, la certeza sobre algo, la tranquilidad que da una buena chapa en la puerta, el bienestar físico, la salud, el orden. Son los elementos que garantizan la conservación de lo que se ha logrado en el nivel anterior.

DE PERTENENCIA. Son las necesidades **sociales**. Están en el ámbito de las relaciones del individuo con los grupos en los que interactúa, sea en el ámbito familiar, social, religioso, de trabajo u otros. Los motivadores son el impulso hacia la interacción con otras personas semejantes a ellos, la aceptación en el grupo, el afecto, así como la necesidad o deseo de compartir actividades observando las normas y costumbres adoptadas por el grupo. En toda empresa existe un clima laboral que se debe conocer y cuyas costumbres se deben acatar. Entre los elementos que se pueden observar en las empresas podemos citar:

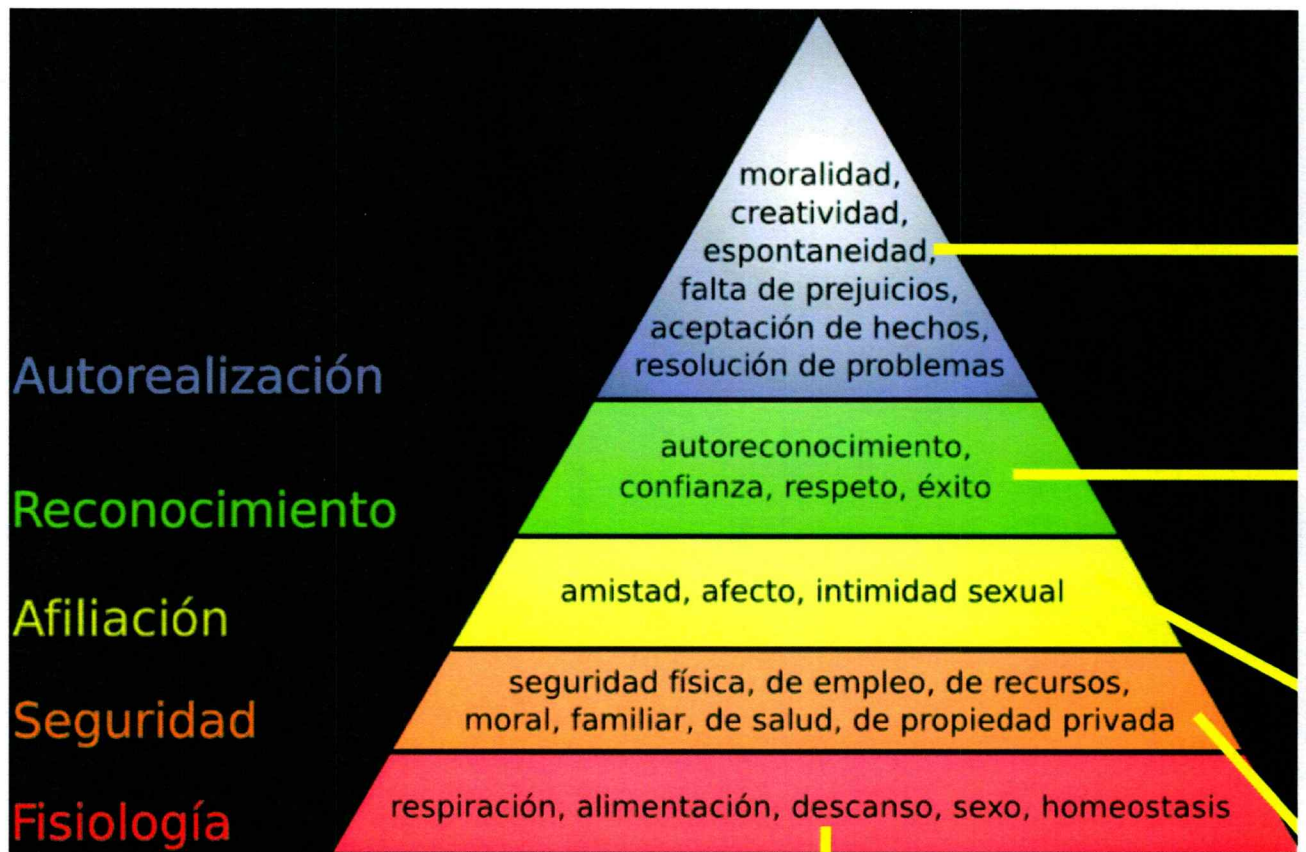
DE ESTIMACIÓN. Son las necesidades y deseos **afectivos** de carácter íntimo e individual, como el amor, la posesión del ser amado o de un objeto que satisfaga su ego. Es lo que se siente al adquirir un automóvil lujoso u otro bien que lo haga crecer en status ante su grupo. También está la necesidad o deseo de lograr el éxito, el prestigio y el reconocimiento por parte de los demás, el que otros conozcan una labor bien hecha, recibir un premio.

DE AUTO-REALIZACIÓN. Son los deseos de **satisfacción personal** que producen un sentimiento de triunfo, la sensación de poder y dominio, que incrementa el autoestima de la persona, lo que él o ella piensan sobre sí mismos. Es la culminación de las aspiraciones más deseadas, de alcanzar metas difíciles, de hacer algo que exija emplearse a fondo.



Preparado en junio del 2000 por el Prof. Gonzalo Rivero Torrico. Revisado en mayo del 2008. sag, Modificado por PSP. Griselda Luna

PIRÁMIDE DE MASLOW





Conductismo

Psicología de la conducta. Comportamiento observable. Watson. Reflejos condicionados. Aprendizaje. Emociones. Albert

Trabajos de cualquier nivel de estudios

Psicología

- [Ficha del documento](#)
- [Conductismo](#)
- [Versión PDF](#)
- [Descargar](#)

[Compartir](#)

publicidad
publicidad

Conductismo o Psicología de la conducta, corriente de la psicología que defiende el empleo de procedimientos estrictamente experimentales para estudiar el comportamiento observable (la conducta), considerando el entorno como un conjunto de estímulos-respuesta. El enfoque conductista en psicología tiene sus raíces en el asociacionismo de los filósofos ingleses, así como en la escuela de psicología estadounidense conocida como funcionalismo y en la teoría darwiniana de la evolución, ya que ambas corrientes hacían hincapié en una concepción del individuo como un organismo que se adapta al medio (o ambiente).

Los trabajos de Watson

El conductismo se desarrolló a comienzos del siglo XX; su figura más destacada fue el psicólogo estadounidense John B. Watson. En aquel entonces, la tendencia dominante en la psicología era el estudio de los fenómenos psíquicos internos mediante la introspección, método muy subjetivo. Watson no negaba la existencia de los fenómenos psíquicos internos, pero insistía en que tales experiencias no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables. Este enfoque estaba muy influido por las investigaciones pioneras de los fisiólogos rusos Iván Pávlov y Vladimir M. Bekhterev sobre el condicionamiento animal.

Watson propuso hacer científico el estudio de la psicología empleando sólo procedimientos objetivos tales como experimentos de laboratorio diseñados para establecer resultados estadísticamente válidos. El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta. Según esta teoría, todas las formas complejas de comportamiento —las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje— se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas. Watson sostenía que las reacciones emocionales eran aprendidas del mismo modo que otras cualesquiera.

Prescindiendo del hecho de que los demasiado pequeños progresos llevados a cabo con dicho método por la psicología ponían en duda su capacidad efectiva de avance cognoscitivo, Watson consideraba no científica la introspección por dos motivos fundamentales:

- Por el hecho de que el observador se identificaba con lo observado (esto significa, por ejemplo, que desde el mismo momento en que el observador empezaba a observar la conciencia cambiaba por definición su objeto de observación, ya que éste incluía la conciencia de estar observando).
- Por el hecho de que la observación introspectiva era realizada por una persona que hablaba de cosas que los demás no podían ver directamente (los datos introspectivos son privados, en contraposición a los datos públicos de las ciencias naturales). El carácter privado de los datos introspectivos era criticado no sólo por una cuestión de principio, sino también por una cuestión de hecho: a través de este método, se llegaba a descripciones completamente discordantes o insatisfactorias.

La teoría watsoniana del estímulo-respuesta supuso un gran incremento de la actividad investigadora sobre el aprendizaje en animales y en seres humanos, sobre todo en el periodo que va desde la infancia a la edad adulta temprana.

A partir de 1920, el conductismo fue el paradigma de la psicología académica, sobre todo en Estados Unidos. Hacia 1950 el nuevo

movimiento conductista había generado numerosos datos sobre el aprendizaje que condujo a los nuevos psicólogos experimentales estadounidenses como Edward C. Tolman, Clark L. Hull, y B. F. Skinner a formular sus propias teorías sobre el aprendizaje y el comportamiento basadas en experimentos de laboratorio en vez de observaciones introspectivas.

Pávlov, Iván Petróvich (1849-1936), fisiólogo y premio Nobel ruso, conocido por sus estudios sobre el comportamiento reflejo. Nació en Riazán y estudió en la Universidad y en la Academia Militar de Medicina de San Petersburgo; desde 1884 hasta 1886 estudió en Breslau (hoy Wroclaw, Polonia) y en Leipzig, Alemania. Antes de la Revolución Rusa fue director del departamento de fisiología del Instituto de Medicina Experimental (parte de la actual Academia de Ciencias Médicas), en San Petersburgo, y fue catedrático de medicina en la Academia Militar de Medicina. A pesar de su oposición al comunismo, a Pávlov se le permitió continuar sus investigaciones en un laboratorio construido por el gobierno soviético desde 1935. Pávlov es reconocido por sus trabajos precursores sobre la fisiología del corazón, el sistema nervioso y el aparato digestivo. Sus experimentos más famosos, que realizó en 1889, demostraron la existencia de reflejos condicionados y no condicionados en los perros, y tuvieron gran influencia en el desarrollo de teorías psicológicas conductistas, fisiológicamente orientadas, durante los primeros años del siglo XX (véase Psicología experimental). Sus trabajos sobre la fisiología de las glándulas digestivas le hicieron acreedor en 1904 al Premio Nobel de Fisiología y Medicina. Su principal obra es *Reflejos condicionados* (1926).

Caso Albert.

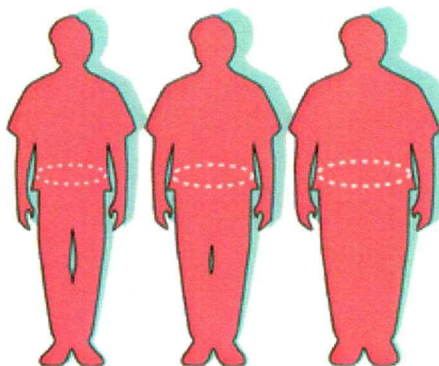
Por este motivo adquirió particular importancia el estudio del aprendizaje empezando por las primeras adquisiciones infantiles. Al analizar las emociones, Watson expresaba la idea de que el miedo, la rabia y el amor son las emociones elementales y se definen partiendo de los estímulos ambientales que las provocan. A partir de estas emociones se construirían las siguientes emociones. Un caso famoso de aprendizaje de las emociones es el del pequeño Albert, que Watson estudió junto con R. Rayner. Albert jugaba tranquilamente con un ratoncillo cuando se le hizo escuchar a sus espaldas un violento ruido. Desde ese momento, el niño manifestó un gran miedo tanto hacia los ratones como hacia otros animales y objetos peludos. El ruido era un estímulo incondicionado capaz de producir por sí solo una respuesta de miedo; su asociación con otro estímulo hacía que el niño fuese condicionado a tener miedo también al ratoncillo y también a otros objetos con

características similares. Estudiando una de las primeras neurosis experimentales de la historia de la psicopatología, Watson probaba más adelante que las neurosis no son ni innatas, ni objetos misteriosos, sino que podían definirse en los términos de respuestas emocionales aprendidas.

Para Watson, las mismas leyes que regulan el aprendizaje emotivo constituyen la base de las demás adquisiciones y, en particular, de los llamados "hábitos". Si para los "hábitos manuales" la idea podía ser compartida por muchos, el problema se hacía más difícil cuando se trataba de explicar procesos psicológicos complejos y en particular el pensamiento y sus relaciones con el lenguaje. La propuesta metodológica de Watson exigía basarse en la observación de la conducta, y en este caso de la conducta verbal, y por tanto el pensamiento debería haberse inferido del lenguaje. Pero la propuesta por así decir "filosófica" era la de negar existencia real al pensamiento y asimilarlo directamente al lenguaje.

Obesidad

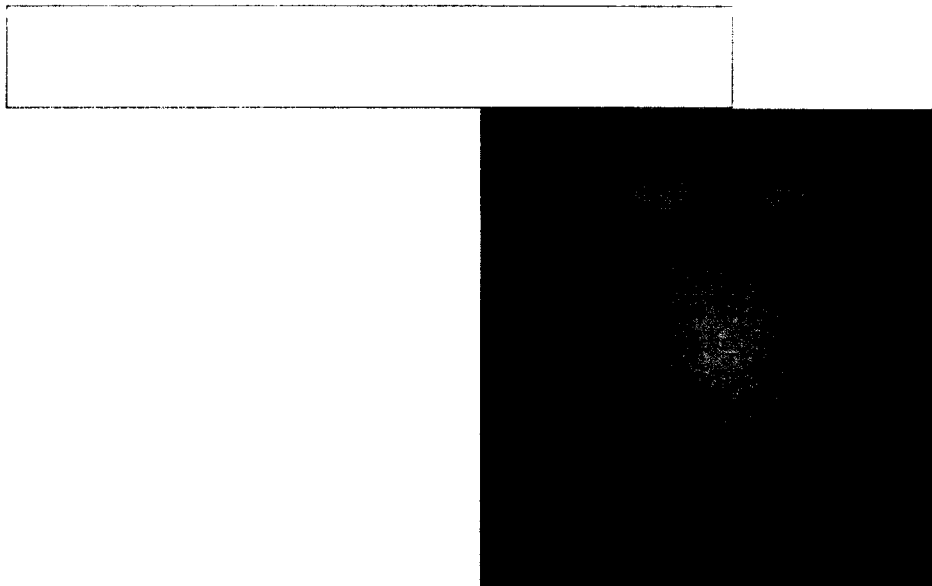
Obesidad



Siluetas representando saludable, sobrepeso, y obeso.

Clasificación y recursos externos

MedlinePlus [Información de salud en la enciclopedia MedlinePlus](#)



☞Típica imagen de

La **obesidad** es la enfermedad crónica de origen multifactorial que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad cuando el IMC o índice de masa corporal (cálculo entre la estatura y el peso del individuo) es igual o superior a 30 kg/m².¹ También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal aumentado en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm.(Ver: diagnostico de la obesidad).

La obesidad forma parte del síndrome metabólico siendo un factor de riesgo conocido, es decir predispone, para varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, ictus, osteoartritis, así como a algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales.^{2 3} (Ver: Efecto sobre la salud).

Aunque la obesidad es una condición clínica individual se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento y la OMS considera que "*La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos*".⁴(Ver:Políticas y medidas de salud pública).

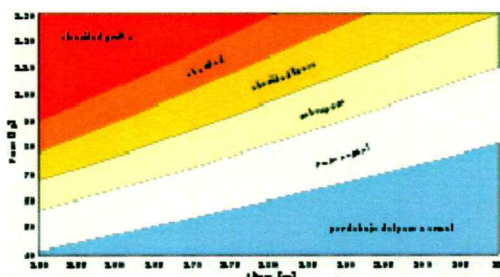
Definición

En forma práctica, la obesidad puede ser diagnosticada típicamente en términos de salud midiendo el índice de masa corporal (IMC), pero también en términos de su distribución de la grasa a través de la circunferencia de la cintura o la medida del índice cintura cadera. Además, la presencia de obesidad necesita ser considerada en el contexto de otros factores de riesgo y comorbilidades asociadas (otras condiciones médicas que podrían influir en el riesgo de complicaciones).²

IMC

El índice de masa corporal es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal.⁵ El IMC fue desarrollado por el estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet.⁶ Este es calculado dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo tanto es expresado en kg / m².

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece una definición comúnmente en uso con los siguientes valores, acordados en 1997, publicados en 2000 y ajustados en el 2010:⁷ IMC menos de 18,5 es por debajo del peso normal.



- IMC de 18,5-24,9 es peso normal
- IMC de 25,0-29,9 es sobrepeso.
- IMC de 30,0-34,9 es obesidad clase I.
- IMC de 35,0-39,9 es obesidad clase II.
- IMC de 40,0 o mayor es obesidad clase III, severa (o mórbida).
- IMC de 35,0 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como obesidad mórbida.^{8 9 1}

En un marco clínico, los médicos toman en cuenta la raza, la etnia, la masa magra (muscularidad), edad, sexo y otros factores los cuales pueden infectar la interpretación del índice de masa corporal. El IMC sobreestima la grasa corporal en personas muy musculosas y la grasa corporal puede ser subestimada en personas que han perdido masa corporal (muchos ancianos).² La obesidad leve como es definida según el IMC, no es un factor de riesgo cardiovascular y por lo tanto el IMC no puede ser usado como un único predictor clínico y epidemiológico de la salud cardiovascular.¹⁰

Circunferencia de cintura

El IMC no tiene en cuenta las diferencias entre los tejido adiposo y tejido magro; tampoco distingue entre las diferentes formas de adiposidad, algunas de las cuales pueden estar asociadas de forma más estrecha con el riesgo cardiovascular.

El mejor conocimiento de la biología del tejido adiposo ha mostrado que la obesidad central (obesidad tipo masculina o tipo manzana) tiene una vinculación con la enfermedad cardiovascular, que sólo con el IMC.¹¹

La circunferencia de cintura absoluta (>102 cm en hombres y >88 cm en mujeres) o el índice cintura-cadera (>0,9 para hombres y >0,85 para mujeres)¹¹ son usados como medidas de obesidad central.

En una cohorte de casi 15.000 sujetos del estudio National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III, la circunferencias cintura explicó significativamente mejor que el IMC los factores de riesgo para la salud relacionados con la obesidad cuando el síndrome metabólico fue tomado como medida.¹²

Grasa corporal

Una vía alternativa para determinar la obesidad es medir el porcentaje de grasa corporal. Médicos y científicos generalmente están de acuerdo en que un hombre con más del 25% de grasa corporal y una mujer con más de 30% de grasa corporal son obesos.

Sin embargo, es difícil medir la grasa corporal de forma precisa. El método más aceptado ha sido el de pesar a las personas bajo el agua, pero la pesada bajo el agua es un procedimiento limitado a laboratorios con equipo especial. Los métodos más simples para medir la grasa corporal son el método de los pliegues cutáneos, en el cual un pellizco de piel es medido exactamente para

determinar el grosor de la capa de grasa subcutánea; o el análisis de impedancia bioeléctrica, usualmente llevado a cabo por especialistas clínicos.

Su uso rutinario es desaconsejado.¹³ Otras medidas de grasa corporal incluyen la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la absorciometría de rayos x de energía dual.¹³

Factores de riesgo y morbilidades asociadas

La presencia de factores de riesgo y enfermedad asociados con la obesidad también son usados para establecer un diagnóstico clínico. La coronariopatía, la diabetes tipo 2 y la apnea del sueño son factores de riesgo que constituyen un peligro para la vida que podría indicar un tratamiento clínico para la obesidad.² Hábito tabáquico, hipertensión, edad e historia familiar son otros factores de riesgo que podrían indicar tratamiento.²

Clasificación

Según el origen de la obesidad, ésta se clasifica en los siguientes tipos:

- **Obesidad exógena:** La obesidad debida a una alimentación excesiva.
- **Obesidad endógena:** La que tiene por causa alteraciones metabólicas. Dentro de las causas endógenas, se habla de obesidad endocrina cuando está provocada por disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (obesidad hipotiroidea) o por deficiencia de hormonas sexuales como es el caso de la obesidad gonadal.

Efecto sobre la salud

La OMS señala que *"El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como 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."*¹⁴

Un gran número de condiciones médicas han sido asociadas con la obesidad. Las consecuencias sobre la salud están categorizadas como el resultado de un incremento de la masa grasa (artrosis, apnea del sueño, estigma social) o un incremento en el número de células grasas (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, hígado graso no alcohólico).¹⁵ La mortalidad está incrementada en la obesidad, con un IMC mayor de 32 están asociado con un doble riesgo de

muerte.¹⁶ Existen alteraciones en la respuesta del organismo la insulina (resistencia a la insulina), un estado proinflamatorio y una tendencia incrementada a la trombosis (estado pro trombótico).¹⁵

La asociación de otras enfermedades puede ser dependiente o independiente de la distribución del tejido adiposo. La obesidad central (u obesidad caracterizada por un radio cintura cadera alto), es un factor de riesgo importante para el síndrome metabólico, el cúmulo de un número de enfermedades y factores de riesgo que predisponen fuertemente para la enfermedad cardiovascular. Éstos son diabetes mellitus tipo dos, hipertensión arterial, niveles altos de colesterol y triglicéridos en la sangre (hiperlipidemia combinada).¹⁷ Además del síndrome metabólico, la obesidad es también correlacionada con una variedad de otras complicaciones. Para algunas de estas dolencias, nos ha sido establecido claramente hasta qué punto son causadas directamente por la obesidad como tal o si tienen otra causa (tal como sedentarismo) que también causa obesidad.

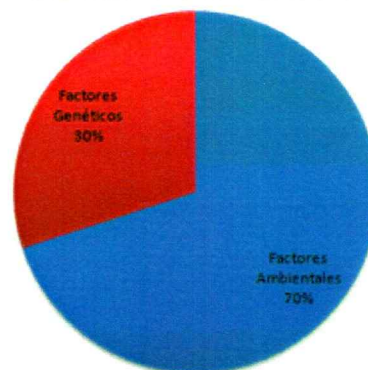
- **Cardiovascular:** Insuficiencia cardíaca congestiva, corazón aumentado de tamaño y las arritmias y mareos asociados, cor pulmonar, várices y embolismo pulmonar
- **Endocrino:** síndrome de ovario poliquístico, desórdenes menstruales e infertilidad.¹⁸
- **Gastrointestinal:** enfermedad de reflujo gastro-esofágico, hígado graso, colecistitis, hernia y cáncer colorectal.
- **Renal y génito-urinario:** disfunción eréctil,¹⁹ incontinencia urinaria, insuficiencia renal crónica,²⁰ hipogonadismo(hombres), cáncer mamario (mujeres), cáncer uterino (mujeres),
- **Obstétrico:** Sufrimiento fetal agudo con muerte fetal intrauterina.
- **Tegumentos** (piel y apéndices): estrías, acantosis nigricans, linfedema, celulitis, carbúnculos, intertrigo.
- **Músculo esquelético:** hiperuricemia (que predispone a la gota), pérdida de la movilidad, osteoartritis, dolor de espalda.
- **Neurológico:** accidente cerebrovascular, meralgia parestésica, dolores de cabeza, síndrome del túnel del carpo, demencia,²¹ hipertensión intracraneal idiopática.
- **Respiratorio:** disnea, apnea obstructiva del sueño o síndrome de Pickwick, y asma.
- **Psicológico:** depresión, baja autoestima, desorden de cuerpo dismórfico, estigmatización social.

Mientras que ser severamente obeso tiene muchas complicaciones de salud, aquellos quienes tienen sobrepeso enfrentan un pequeño incremento en la mortalidad o morbilidad. Por otra parte algunos estudios han encontrado que la osteoporosis ocurre menos en personas ligeramente obesas

sugiriendo que la acumulación de grasa sobre todo visceral , que se mide con la circunferencia abdominal, es un factor protector para la mineralización ósea.²²

Causa y mecanismos

Principales factores involucrados en el desarrollo de la obesidad



Distribución de los factores que propician la obesidad según [Mazza \(2001\)](#)

Las causas de la obesidad son múltiples, e incluyen factores tales como la herencia genética; el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico; y el tipo o estilo de vida que se lleve. Para [Mazza \(2001\)](#) entre los factores que pueden causar obesidad puede ser atribuido un 30% a los factores genéticos, 40% a los factores no heredables y 30% a los factores meramente sociales, es

decir, la relación entre factores genéticos y ambientales son del 30% y 70% respectivamente. Los mecanismos para que estos factores causen exceso de grasa corporal son:

- Mayor ingesta de calorías de las que el cuerpo necesita.
- Menor actividad física de la que el cuerpo precisa.

Si se ingiere mayor cantidad de energía de la necesaria ésta se acumula en forma de grasa. Si se consume más energía de la disponible se utiliza la grasa como energía.

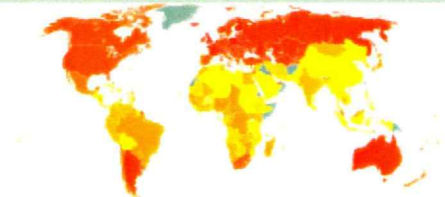
Por lo que la obesidad se produce por exceso de energía, como resultado de las alteraciones en el equilibrio de entrada/salida de energía. Como consecuencia se pueden producir diversas complicaciones, como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades coronarias.

La herencia tiene un papel importante, tanto que de padres obesos el riesgo de sufrir obesidad para un niño es 10 veces superior a lo normal. En parte es debido a tendencias metabólicas de acumulación de grasa, pero en parte se debe a que los hábitos culturales alimentarios y sedentarios contribuyen a repetir los patrones de obesidad de padres a hijos.

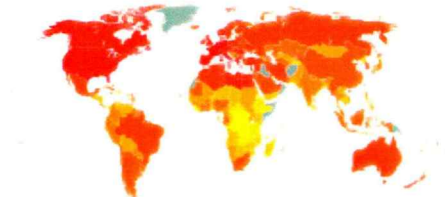
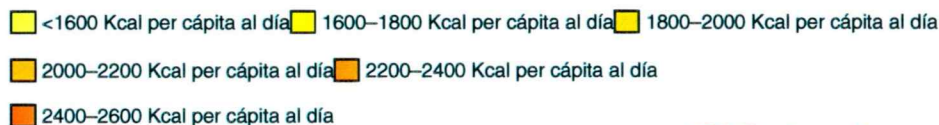
Otra parte de los obesos lo son por enfermedades hormonales o endocrinas, y pueden ser solucionados mediante un correcto diagnóstico y tratamiento especializado.

Estilo de vida

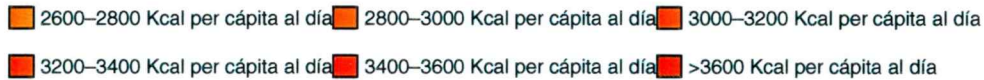
Mapa de las calorías consumidas per cápita al día



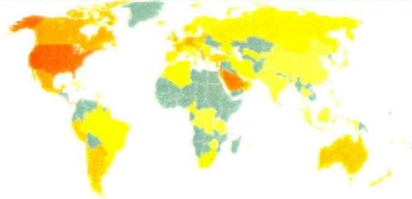
Mapa de consumo en Kcal per cápita al día en 1961



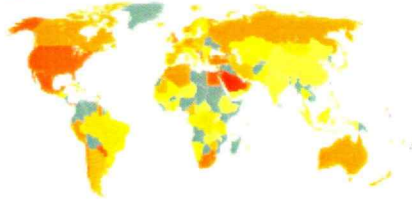
Mapa de consumo en Kcal per cápita al día en 2003



Porcentaje de población obesa en ambos géneros por país



Mapa de la obesidad masculina en 2008



Mapa de la obesidad femenina en 2008



La mayoría de los investigadores han concluido que la combinación de un consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentaria son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad en la sociedad occidental en el último cuarto del siglo XX.²³

A pesar de la amplia disponibilidad información nutricional en escuelas, consultorios, Internet y tiendas de comestibles,²⁴ es evidente que el exceso en el consumo continúa siendo un problema sustancial. Por ejemplo, la confianza en la comida rápida densa en energía, se ha triplicado entre 1977 y 1995, y el consumo de calorías se ha cuadruplicado en el mismo periodo.²⁵

Sin embargo, el consumo de alimento por sí mismo es insuficiente para explicar el incremento fenomenal en los niveles de obesidad en el mundo industrializado durante los años recientes. Un incremento en el estilo de vida sedentaria también tiene un rol significativo que jugar. Más y más investigación en obesidad infantil, por ejemplo, leía tales cosas como correr en el colegio, con los niveles actuales elevados de esta enfermedad.²⁶

Cuestiones sobre el estilo de vida, menos bien establecido, que pueden influir sobre la obesidad incluyen el estrés mental y el sueño insuficiente.

Herencia y genética

Como con muchas condiciones médicas, el desbalance calórico que resulta en obesidad frecuentemente se desarrolla a partir de la combinación de factores genéticos y ambientales. El polimorfismo en varios genes que controlan el apetito, el metabolismo y la integración de adipoquina, predisponen a la obesidad, pero la condición requiere la disponibilidad de suficientes calorías y posiblemente otros factores para desarrollarse completamente. Varias condiciones genéticas que tienen como rasgo la obesidad, han sido identificadas (tales como el síndrome de Prader-Willi, el síndrome de Bardet-Biedl, síndrome MOMO, mutaciones en los receptores de leptina y melanocortina), pero mutaciones sencillas en locus sólo han sido encontradas en el 5% de los individuos obesos.

Si bien se piensa que una larga proporción los genes causantes están todavía sin identificar, para la mayoría que la obesidad es probablemente el resultado de interacciones entre múltiples genes donde factores no genéticos también son probablemente importantes.

Un estudio de 2007 identificó bastantes mutaciones comunes en el gen FTO; los heterocigotos tuvieron un riesgo de obesidad 30% mayor, mientras que los homocigotos tuvieron un incremento en el riesgo de un 70%.²⁷

A nivel poblacional, la hipótesis del gen ahorrador, que postula que ciertos grupos étnicos pueden ser más propensos a la obesidad que otros y la habilidad de tomar ventaja de raros períodos de abundancia y usar esta abundancia para almacenar energía eficientemente, pueden haber sido una ventaja evolutiva, en tiempos cuando la comida era escasa. Individuos con reservas adiposas mayores, tenían más posibilidades de sobrevivir la hambruna. Esta tendencia a almacenar grasas es probablemente una inadaptación en una sociedad con un abastecimiento estable de alimentos.

Enfermedades médicas

Aproximadamente de un 2% a un 3% de las causas de obesidad son a consecuencia de enfermedades endocrinas como el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo, lesiones hipotalámicas o deficiencia de la hormona de crecimiento.^{28 30 31}

También ciertas enfermedades mentales o sustancias pueden predisponer a la obesidad. Entre las enfermedades mentales que pueden incrementar el riesgo de obesidad son trastornos alimentarios tales como bulimia nerviosa y consumo compulsivo de comida o adicción a los alimentos. Dejar de fumar es una causa conocida de ganancia de peso moderada, pues la nicotina suprime el apetito. Ciertos tratamientos médicos con (esteroides, antipsicóticos atípicos y algunas drogas para la fertilidad) pueden causar ganancia de peso.

Aparte del hecho de que corrigiendo estas situaciones se puede mejorar la obesidad, la presencia de un incremento en el peso corporal puede complicar el manejo de otros.

Mecanismos neurobiológicos

Flier³² resume los muchos posibles mecanismos fisiopatológicos involucrados en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.

Este campo de investigación ha sido casi inalcanzable hasta que las leptinas fueron descubiertas en 1994.

Desde este descubrimiento, muchos otros mecanismos hormonales que participan en la regulación del apetito y el consumo de alimentos, en patrones de almacenamiento en el tejido adiposo y en el desarrollo de [[resistencia a la insulina]], han sido dilucidados. Desde el descubrimiento de las leptinas, las ghrelinas, orexinas, PYY 336, colecistoquinina, adiponectina y muchos otros mediadores han sido estudiados. Las adipoquinas son mediadores producidos por el tejido adiposo; se piensa que su acción y modificar muchas enfermedades relacionadas con la obesidad.

Las leptinas y ghrelinas son consideradas complementarias en su influencia sobre el apetito, las ghrelinas producidas por el estómago, modulan el control del apetito a corto plazo (para comer cuando el estómago está vacío y para parar con el estómago está lleno). La leptina es producida por el tejido adiposo para señalar las reservas de grasa almacenadas en el organismo y mediar el control del apetito a largo plazo (para comer más cuando las reservas de grasa están bajas y menos al de las reservas de grasa son altas). Aunque la administración de leptinas puede ser efectiva en un pequeño grupo de sujetos obesos quienes son deficientes de leptina, muchos más individuos obesos parecen ser resistentes a la leptina. Esta resistencia explica en parte porqué la administración de leptinas no ha mostrado ser eficiente en suprimir el apetito en la mayoría de los sujetos obesos.

Mientras que la leptina y la ghrelina son producidas periféricamente, estas controlan el apetito a través de sus acciones sobre sistema nervioso central. En particular, estas y otras hormonas relacionadas con el apetito actúan sobre el hipotálamo, una región del cerebro, central en la regulación del consumo de alimentos y el gasto de energía. Hay varios círculos dentro del hipotálamo, que contribuyen con este rol de integración del apetito, siendo la vía de la melanocortina la mejor comprendida.³² El circuito comienza en el núcleo arcuato del hipotálamo, que tiene salidas

al hipotálamo lateral (HL) y ventromedial (HVM), los centros de la alimentación y la saciedad en el cerebro respectivamente.³³

El núcleo arcuato contiene dos grupos distintos de neuronas.³² El primer grupo coexpresa neuropéptido Y (NPY) y el peptido relacionado con el agouti (AgRP) y recibe señales estimuladoras del hipotálamo lateral y señales inhibitorias del hipotálamo ventromedial. El segundo grupo coexpresa proopiomelanocortina (POMC) y transcritos regulados por cocaína y anfetamina (CART) y recibe señales estimuladoras del hipotálamo ventromedial y señales inhibitorias del hipotálamo lateral.

Consecuentemente, las neuronas NPY/ AgRP estimulan la alimentación e inhiben la saciedad, mientras que las neuronas POMC/CART, estimula la saciedad e inhiben la alimentación. Ambos grupos de neuronas del núcleo arcuato son reguladas en parte por la leptina. La leptina inhibe el grupo NPY/ AgRP, mientras que estimula el grupo POMC/CART. Por lo tanto una deficiencia en la señalización por leptina, vía deficiencia de leptina o resistencia a la leptina, conduce a una sobrealimentación y puede dar cuenta por algunas formas de obesidad genética y adquirida

Aspectos microbiológicos

El rol de las bacterias que colonizan el tracto digestivo en el desarrollo de la obesidad ha comenzado a ser recientemente objeto de investigación. Las bacterias participan en la digestión (especialmente de ácidos grasos y polisacáridos) y alteraciones en la proporción 10 cintas particulares en la y días puede explicar por qué ciertas personas son más propensas a ganar peso que otras.

En el tracto digestivo humano, las bacterias generalmente son miembros del filo de los bacteroides o de los firmicutes. En la gente obesa, existe una abundancia relativa de firmicutes (los cuales causan una absorción de energía relativamente alta), lo cual es restaurado por la pérdida de peso. A partir de estos resultados no se puede concluir aún si este desbalance es la causa de la obesidad o es un efecto.³⁴

Determinantes sociales

Algunos cofactores de la obesidad, son resistentes a la teoría de que la epidemia es un nuevo fenómeno. En particular, un cofactor de clase que de forma consistente aparece a través de muchos estudios. Comparando el patrimonio neto, con el índice de masa corporal, un estudio de 2004³⁵ encontró que sujetos americanos obesos son la mitad de ricos que los delgados.

Cuando diferenciales en el ingreso fueron comparados, la inequidad persistió, los sujetos delgados fueron por herencia más ricos que los obesos. Una tasa mayor de un bajo nivel de educación y tendencias a depender de comidas rápidas baratas es visto como una razón por la cual estos resultados son tan diferentes.

Otro estudio encontró que mujeres quienes se casaban dentro de un estatus más alto son de forma predecible más delgadas que las mujeres quienes se casan dentro de un estatus más bajo.

Un estudio de 2007, de 32.500 niños de la cohorte original del estudio Framingham, seguidos por 32 años indicaron que el IMC cambia en amigos, hermanos o esposos sin importar la distancia geográfica. La asociación fue más fuerte entre amigos mutuos y menor entre hermanos y esposos (aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas).

Los autores concluyeron a partir de estos resultados que la aceptación de la masa corporal juega un papel importante en los cambios de la talla corporal.³⁶

Obesidad y menopausia

La menopausia produce cambios en la distribución de la grasa corporal y en la oxidación del tejido adiposo. El aumento de masa grasa abdominal y visceral de la postmenopausia se acompaña con aumento de la capacidad antioxidante a causa del cambio hormonal mientras que la edad no tiene influencia. Sin embargo, la capacidad antioxidante tiene una correlación lineal con la edad, pero no con la masa grasa troncular.³⁷

En mujeres inicialmente premenopáusicas que fueron seguidas durante 4 años a lo largo de la transición menopáusica, se comunicó un aumento de grasa subcutánea abdominal asociado con la edad, mientras que la menopausia se acompaña de un incremento en la masa grasa corporal total y en la masa grasa visceral.³⁸ El estudio norteamericano SWAN relaciona el incremento de la grasa visceral durante la menopausia con los cambios en la testosterona biodisponible.³⁹

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad produce mayor alteración en el Índice de Kupperman, metabolismo, sueño y calidad de vida.^{40 41 42 43} Las mujeres menopáusicas obesas tienen, además, mayor prevalencia de problemas en su sexualidad, relacionados consigo mismas y con factores relacionados con sus parejas. ^{44 45}

Prevención

La obesidad se puede prevenir y tratar buscando el equilibrio en la ingesta de calorías con una dieta balanceada teniendo en cuenta los aportes calóricos de los alimentos. Se sabe que cada 250 gramos de grasa equivalen a 2.250 calorías, y cada gramo de grasa equivale a 9 kcal. Si existe un

exceso de grasa corporal, se debe calcular la energía (medida en calorías) que representan y disminuirla en la ingesta alimentaria durante un período adecuado.

Un método se basa en estimar el aporte de energía de la dieta (*energía de metabolización*) a partir de su contenido en macronutrientes (y de etanol, en el caso de incluir bebidas alcohólicas). Esta energía de metabolización se calcula a partir de los factores de Atwater,⁴⁶ que sólo son válidos para la dieta y no para alimentos particulares.

Estos factores se recogen en la tabla siguiente:

Nutriente / compuesto	Energía (kcal/g)
Grasa	9,0
Alcohol	7,0
Proteína	4,0
Carbohidrato	4,0

Así, una dieta diaria que aporte un total de 100,6 g de proteínas, 93,0 g de grasa y 215,5 g de carbohidratos, proporcionará una energía de, aproximadamente, 2.101 kcal.

En cuanto a alimentos, en la tabla siguiente se recogen algunos factores de Atwater que permiten estimar la energía que aportarían tras su metabolización:⁴⁷

Factores de Atwater para alimentos seleccionados

alimento	Proteína (kcal/g)	Grasa (kcal/g)	Carbohidrato (kcal/g)
huevo	4,36	9,02	3,68
carne / pescado	4,27	9,02	*
leche / lácteos	4,27	8,79	3,87
fruta	3,36	8,37	3,60
arroz	3,82	8,37	4,12
soja	3,47	8,37	4,07

También se puede conocer la energía que aportarían los alimentos a través de un dispositivo denominado "bomba calorimétrica". Con este sistema se calculan los valores de energía que habitualmente se recogen en la mayoría de las tablas de composición de alimentos. En la tabla siguiente se reflejan algunos ejemplos:

Producto	Energía (kcal)
Leche entera (un vaso)	156
Yogur entero (125 g)	69
Manzana (una pieza mediana)	77
Taza de té con dos cucharaditas de azúcar	67

Tratamiento

Es necesario tratar adecuadamente las enfermedades subyacentes, si existen. A partir de aquí depende de buscar el equilibrio, mediante ajustes en la dieta. La dieta debe ser adecuada a la actividad necesaria, por ello una dieta muy intensiva en personas muy activas es contraproducente. Debe tenderse a realizar dietas más suaves y mantenidas. Una vez alcanzado el peso ideal, lo ideal es mantenerlo con un adecuado programa de ejercicios y alimentación que sobre todo permitan no volver a recuperar la grasa y el peso perdido.

El principal tratamiento para la obesidad, es reducir la grasa corporal comiendo menos calorías y ejercitándose más. En efecto colateral beneficioso del ejercicio es que incrementa la fuerza de los músculos, los tendones y los ligamentos, lo cual ayuda a prevenir lesiones provenientes de accidentes y actividad vigorosa.

Los programas de dieta y ejercicios producen una pérdida de peso promedio de aproximadamente 8% del total de la masa corporal (excluyendo los sujetos que abandonaron el programa). No todos los que hacen dieta están satisfechos con estos resultados, pero una pérdida de masa corporal tan pequeña como 5% puede representar grandes beneficios en la salud.

Mucho más difícil que reducir la grasa corporal es tratar de mantenerla fuera acontecida 80 a 90% de aquellos que tienen 10% o más que su masa corporal a través de la dieta vuelven a ganar todo el peso entre dos y cinco años. El organismo tiene sistemas que mantienen su homeostasis a cierto nivel, incluyendo el peso corporal. Por lo tanto, mantener el peso perdido generalmente requiere que hacer ejercicio y comer adecuadamente sea una parte permanente del estilo de vida de las

personas. Ciertos nutrientes, tales como la fenilalanina, son supresores naturales del apetito lo cual permite resetear el nivel establecido del peso corporal.

Protocolos clínicos

En una guía de práctica clínica por el colegio americano de médicos, son hechas las siguientes cinco recomendaciones:⁴⁸

1.-Las personas con un índice de masa corporal mayor de 30 deberían recibir consejo sobre dieta, ejercicio y otros factores del comportamiento relevante que ser intervenidos y establecer una meta realista para la pérdida de peso.

2.-Si esta meta no es conseguida, la farmacoterapia debe ser ofrecida. Los pacientes necesitan ser informados de la posibilidad de efectos secundarios y de la ausencia de información acerca de la seguridad y eficacia a largo plazo.

3.-La terapia con medicamentos puede consistir de sibutramina, orlistat, fentermina, dietilpropiona, fluoxetina, ybupropiona. Para los casos más severos de obesidad, drogas más fuertes tales como anfetaminas y metanfetaminas puede ser usadas de forma selectiva. La herencia no es suficiente para recomendar sertralina, topiramato o zonisamida.

4.-En pacientes con IMC mayor de 40 que fallen en alcanzar su meta en pérdida de peso (con o sin medicación) y quienes desarrollan complicaciones relacionadas con obesidad, puede estar indicada la referencia a cirugía bariátrica. Los pacientes deben ser advertidos de las complicaciones potenciales.

5.-Aquellas que requieran cirugía bariátrica deberán ser referidos a centros de referencia de alto volumen, pues como sugiere la evidencia no cirujanos quienes realizan frecuentemente estos procedimientos tienen menos complicaciones.

Una guía para la práctica clínica por la US Preventive Services Task Force (USPSTF), concluyó que la evidencia es insuficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del consejo rutinario sobre conducta para promover una dieta saludable en pacientes no seleccionados en establecimientos de atención primaria, sin embargo este consejo intensivo acerca de la conducta dietaria está recomendado en aquellos pacientes con hiperlipidemia y otros factores de riesgo conocidos para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas relacionadas. El consejo

puede ser llevado a cabo por clínicos de atención primaria o por referencia a otros especialistas tales como nutricionistas o dietistas.⁴⁹⁵⁰

Ejercicio

El ejercicio requiere energía (calorías). Las calorías son almacenadas en la grasa corporal. El organismo de llegada sus reservas de grasa a fin de proveer energía durante el ejercicio aeróbico prolongado.

Los músculos más grandes en el organismo son los músculos de las piernas y naturalmente estos quemar la mayoría de las calorías, lo cual hace que el caminar, correr y montar en bicicleta estén entre las formas más efectivas de ejercicio para reducir la grasa corporal.

Un metaanálisis de ensayos aleatorios controlados realizado por la International Cochrane Collaboration, encontró que "el ejercicio combinado con dieta resulta en una mayor reducción de peso que la dieta sola".⁵¹

Dieta

En general, el tratamiento dietético de la obesidad se basa en reducir la ingesta de alimentos. Varios abordajes dietéticos se han propuesto, algunos de los cuales se han comparado mediante ensayos aleatorios controlados:

Un estudio en el que se compararon durante 6 meses las dietas Atkins, de la Zona, Weight Watchers y Ornish encontró los siguientes resultados:⁵²

- Las cuatro dietas generaron una pérdida de peso modesta, pero estadísticamente significativa, en el transcurso de 6
- Aunque la dieta Atkins genera las mayores pérdidas de peso en las 4 primeras semanas, las pérdida de peso al finalizar el estudio fueron independientes del tipo de dieta seguida".
- La mayor tasa de abandono de los grupos que realizando las dietas Atkins y Ornish, sugiere que muchos individuos encuentran que estas dietas son demasiado difíciles de seguir.

Un meta-análisis estudios al azar controlados concluyó que "comparando con el tratamiento usual, el asesoramiento dietético produce una modesta pérdida de peso que disminuye con el tiempo".⁵³

Bajo carbohidrato vs baja grasa

Muchos estudios se han enfocado en dietas que reducen las calorías vía dietas bajas en carbohidratos (la dieta Atkins, la dieta de la Zona) vs. dieta baja en grasas (la dieta LEARN, la dieta Ornish). El Nurses' Health Study, un estudio observacional por cohortes, encontró que las dietas

baja en carbohidratos basadas en fuentes vegetales de grácil proteína está asociadas con menos coronariopatía.⁵⁴ Un meta-análisis de estudios aleatorios controlados por el International Cochrane Collaboration realizado en el 2002 concluyó que⁵⁵ las dietas en las que se restringen las grasas no son mejores que las dietas en las que se restringen las calorías, en alcanzar una pérdida de peso a largo plazo en personas con sobrepeso u obesidad. Un meta análisis más reciente que incluyó estudios controlados publicados después de la revisión de Cochrane,^{56 57 58} encontró que "las dietas bajas en carbohidratos, en las que no se restringe la energía parecen ser al menos tan efectiva como en las dietas bajas en grasa con restricción de la energía en indios y una pérdida de peso hasta por un año.

Sin embargo, cambios potencialmente favorables en los niveles de triglicéridos y HDL colesterol deben ser pesados contra cambios potencialmente desfavorables en el nivel de LDL colesterol, cuando se usen dietas bajas en carbohidrato para inducir una pérdida de peso".⁵⁹ El *Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial* encontró⁶⁰ que una dieta con un total de 20% de la energía proveniente de la energía y un incremento en el consumo de vegetales y frutas hasta de al menos 5 raciones diarias y granos de hasta al menos 6 raciones diarias resultó en: no hubo reducción en la enfermedad cardiovascular,⁶¹ hubo una reducción no significativa del cáncer de mama invasivo⁶² y no hubo reducción en el cáncer colorectal.⁶³ Recientes estudios aleatorios controlados adicionales han encontrado que: una comparación de las dietas Atkins, de la Zona, Ornish y LEARN en mujeres premenopausicas, encontró los mayores beneficios a partir de la dieta Atkins.⁶⁴ La elección de la dieta para una persona específica puede ser influenciado midiendo la secreción individual de insulina: En adultos jóvenes "Reduciendo la carga glicémica (carbohidratos), puede nser especialmente importante para alcanzar la pérdida de peso entre individuos con una alta secreción de insulina".⁶⁴

Esto es consistente con estudios previos de pacientes diabéticos en los cuales dietas bajas en carbohidratos fueron más beneficiosas.^{65 66}

Índice glicémico bajo

"El factor Índice glicémico es una clasificación de los alimentos ricos en carbohidratos basada en su efecto total sobre los niveles plasmáticos de glucos. Alimentos con un índice glucémico bajo, tales como las lentejas proveen una fuente de glucosa más constante y lenta al torrente sanguíneo, por lo tanto estimulando la liberación de menos insulina que los alimentos con índice glicémico alto, tales como el pan blanco".^{67 68}

La carga glucémica es "el producto matemático del índice glicémico y de la cantidad de carbohidratos".^{67 68}

En un estudio aleatorio controlado, que comparó cuatro dietas que variaban en la cantidad de carbohidratos y el índice glicémico, encontró resultados complicados:⁸⁸

- Dieta 1 y 2 fueron altas en carbohidratos (55% del total del consumo de energía)
- Dieta 1 fue de alto Índice glicémico
- Dieta 2 fue de bajo Índice glicémico

- Dieta 3 y 4 fueron altas en proteínas (25% del total del consumo en energía)
- Dieta 3 fue de alto Índice glicémico
- Dieta 4 fue de bajo Índice glicémico

En las dietas 2 y 3 perdieron la mayor cantidad de peso y masa grasa; sin embargo, las lipoproteínas de baja densidad cayeron en la dieta dos y aumentaron en la dieta tres. Por lo tanto los autores concluyeron que las dietas altas en carbohidratos de bajo índice glicémico fueron las más favorables. Un meta-análisis realizado por Cochrane Collaboration concluyó que las dietas de bajo índice glicémico o bajas cargas y se indica conducen a más pérdida de peso y mejor perfil lipídico. Sin embargo, las dietas de índice glicémico bajo y carga y cínica baja fueron agrupadas juntas y no se trató de separar el efecto de la carga versus el índice.⁷⁹

Medicamentos

El tratamiento farmacológico de la obesidad tiene un papel coadyuvante y normalmente se justifica en pacientes con un IMC igual o mayor a 30 Kg/m² o en pacientes con factores de riesgo (diabetes o dislipidemias) con un IMC igual o mayor a 27 Kg/m².

Generalmente se dividen en tres grandes grupos: los fármacos anorexígenos noradrenérgicos, serotoninérgicos o de acción mixta (sibutramina, fluoxetina), los fármacos o sustancias que inhiben la absorción de nutrientes o de las grasas (orlistat, chitosan) y un tercer grupo heterogéneo compuesto por los moduladores del metabolismo de los carbohidratos (picolinato de cromo, ginseng),^{71 72} estimuladores del gasto calórico (cafeína, alcaloides de efedra), reductores de la síntesis de grasa por aumento de la oxidación (L-carnitina, ácido hidroxicítrico)^{73 74 75 76} y los estimuladores de la saciedad (plántago, glucomanan).⁷⁷

La medicación más comúnmente prescrita para la obesidad resistente al ejercicio/dieta es el orlistat (Xenical, el cual reduce la sesión intestinal de grasas inhibiendo la lipasa pancreática) y sibutramina

(reductil, Meridia, un anorexígeno (supresor del apetito). La pérdida de peso con estas drogas es modesta y a largo plazo la pérdida promedio de peso con el orlistat es de 2,9 kg, con la sibutramina 4,2 kg y con el rimonabant 4,7 kg. El orlistat y el rimonabant llevan a una reducción en la incidencia de diabetes, y todas las drogas tienen algún efecto sobre las lipoproteínas (diferentes formas de colesterol). Sin embargo, existe poca información sobre las complicaciones a largo plazo de la obesidad, tales como los infartos.

Todas las drogas tienen efectos secundarios y contraindicaciones potenciales.⁷⁸ Comúnmente las drogas para pérdida de peso se usan por un período determinado y se discontinúan o se cambian por otra gente si el beneficio no ha sido obtenido, tal como una pérdida de peso menor de 5% del total del peso corporal en un periodo de 12 semanas en el caso del orlistat.¹³ Un meta-análisis de estudios controlados al azar realizado por International Cochrane Collaboration, concluyó que en pacientes diabéticos la fluoxetina, el orlistat y la sibutramina, podrían conseguir una significativa aunque modesta pérdida de peso entre 12-57 semanas, con beneficios a largo plazo sobre la salud no muy claros.⁷⁹ La obesidad también puede influir sobre la elección de las drogas para el tratamiento de la diabetes. La metformina puede conducir a una leve reducción de peso (en oposición a las sulfonilureas e insulina) y ha sido demostrado que reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular en los diabéticos tipo dos obesos.⁸⁰ Las tiazolidinedionas, pueden causar una ligera ganancia de peso, pero disminuyen la "patológica" grasa abdominal y pueden por lo tanto ser usadas en diabéticos con obesidad central.⁸¹

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica (o "cirugía para pérdida de peso") es la intervención quirúrgica usada en el tratamiento de la obesidad mórbida, es decir, normalmente es indicada para pacientes con un IMC igual o mayor a 40 Kg/m² o en pacientes con factores de riesgo o asociaciones comórbidas con un IMC igual o mayor a 35 Kg/m².⁸² Como toda intervención quirúrgica puede conducir a complicaciones, por lo que debe ser considerada como el último recurso cuando la modificación dietética y el tratamiento farmacológico no han sido exitosos.

La cirugía bariátrica depende de varios principios, la propuesta más común es la reducción de volumen del estómago, produciendo una sensación de saciedad temprana (con una cinta gástrica ajustable) mientras otros también reducen la longitud del intestino con la que la comida en contacto, reduciendo directamente la absorción (bypass gástrico). La cirugía en la que se emplea la cinta o banda es reversible mientras que las operaciones en las que se acorta el intestino no lo son.

Algunos procedimientos pueden ser realizados laparoscópicamente. Las complicaciones de la cirugía bariátrica son frecuentes.⁸³

Dos grandes estudios han demostrado una relación mortalidad/beneficio a partir de la cirugía bariátrica. Una marcada disminución en el riesgo de sufrir diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y cáncer.^{84 85}

La pérdida de peso fue en más marcada en los primeros meses después de la cirugía, pero el beneficio se mantuvo a largo plazo. En uno de los estudios hubo un incremento inexplicable en las muertes por accidentes y suicidios que no pesó más que el beneficio en términos de prevención de enfermedad. La cirugía bypass gástrico fue aproximadamente dos veces más efectiva del procedimiento de la banda gástrica ajustable.⁸⁵

Significado cultural y social

Etimología

Obesidad es la forma nominal de un verbo la cual proviene del latín *obēsus*, lo que significa "corpulento, gordo o regordete". Es el participio pasado de *edere* (comer), con *ob* agregado a este. El latín clásico, este verbo se encuentra solamente en la forma de participio pasado.⁸⁶

Historia



La obesidad fue un símbolo de estatus en la cultura europea: "General toscano" de Alessandro del Borro, siglo XVII.

En varias culturas humanas, la obesidad estuvo asociada con atractivo físico, fuerza y fertilidad. Algunos de los primeros artefactos culturales conocidos, conocidos como las figuritas de Venus, son estatuas tamaño bolsillo representando una figura femenina obesa. Aún que su significado cultural

no está registrado, su amplio uso por todas las culturas prehistóricas mediterráneas y europeas sugiere un rol central para la forma femenina o visa en rituales mágicos y sugiere la aprobación cultural de (y quizás la reverencia por) esta forma corporal. Esto es más probablemente debido a su habilidad para lidiar fácilmente con niños y sobrevivir a las hambrunas. La obesidad fue considerada un símbolo de riqueza y estrato social en culturas propensas a la escasez de comida o hambrunas. Esto fue visto también de la misma manera en el período moderno temprano en las culturas europeas, pero cuando la seguridad alimentaria fue realizada, sirvió más como una muestra visible de "lujuria por la vida", apetito e inmersión en el reino del erótico.

Este fue especialmente el caso en las artes visuales, tales como las pinturas de Rubens (1577-1640), cuya representación regular de mujeres coordinadas nos dio la descripción de Rubenesca. La obesidad también puede ser vista como un símbolo dentro de un sistema de prestigio.

"El tipo de comida, la cantidad y la manera en la cual está servida están entre los criterios importantes de clase social. En la mayoría de las sociedades tribales, inclusive aquellas con un sistema social altamente estratificado, todo el mundo-la realeza y los plebeyos-, comían la misma clase de alimentos y si hubo una hambruna todo el mundo estuvo hambriento. Con la siempre creciente diversidad de elementos, la comida se ha convertido no solamente en un asunto de estatus social, sino también una marca de la personalidad y el gusto individual".⁸⁷

Cultura contemporánea

En las culturas occidentales modernas, la forma del cuerpo obeso es ampliamente considerado no atractivo y muchos estereotipos negativos están comúnmente asociados con la gente obesa. Los niños, adolescentes y adultos obesos también pueden enfrentar un pesado estigma social. Los niños obesos son frecuentemente el blanco de amenazas y son con frecuencia rechazados por sus pares.

Aunque las tasas de obesidad se están incrementando entre todas las clases sociales en el mundo occidental, la obesidad es frecuente vista como un signo de estatus socioeconómico bajo.⁸⁸ La mayoría de la gente de esa ha experimentado pensamientos negativos acerca de su imagen corporal, y algunos de ellos toman medidas drásticas para tratar de cambiar su forma incluyendo la dieta, el uso de medicamentos inclusive la cirugía. No todas las culturas contemporáneas desaprueban la obesidad. Existen muchas culturas las cuales tradicionalmente aprueban más (en diversos grados) la obesidad, incluyendo algunas culturas africanas, árabes hindúes y en las islas del pacífico. Especialmente en décadas recientes, la obesidad ha comenzado a ser vista más como una condición médica en la cultura occidental moderna inclusive tiene referida como una epidemia.⁸⁹

Recientemente ha emergido un pequeño pero creciente movimiento de aceptación a la gordura que busca cuestionar la discriminación basada en el peso. Los grupos de apoyo y aceptación de la obesidad, han iniciado un litigio para defender los derechos de las personas obesas y para prevenir

su exclusión social. Autores dentro de este movimiento argumentan que el estigma social alrededor de la obesidad está fundado en la ansiedad cultural y que la preocupación pública sobre los riesgos de salud asociados con la obesidad son inapropiadamente usados como una racionalización de este estigma.⁹⁰ Las agencias del gobierno y la medicina privada han advertido los americanos durante años acerca de los efectos adversos para la salud asociados con el sobrepeso y la obesidad. A pesar de las advertencias, el problema se está haciendo cada vez peor. En 2004, el CDC reportó que el 66,3% de los adultos en los Estados Unidos tenía sobrepeso u obesidad.

La causa en la mayoría de los casos es el estilo de vida sedentaria; aproximadamente el 40% de los adultos en Estados Unidos no participan en ninguna actividad física durante su tiempo de ocio y menos de un tercio de los adultos se ocupan de la cantidad de actividad física recomendada.⁹¹ El sobrepeso y la obesidad son fácilmente determinados usando el índice de masa corporal (IMC), este índice utiliza el peso y altura para determinar la grasa corporal. Un IMC entre 25 y 29,9 es considerado sobrepeso y cualquier valor sobre 30 es obesidad. Individuos con un IMC por encima de 30 incrementan el riesgo varios peligros para la salud.⁹²

Cultura popular

Varios estereotipos de personas obesas ha encontrado su vía dentro de expresión de la cultura popular. Un estereotipo común es el carácter de la persona obesa, quien tiene una personalidad cálida y fiable, sin embargo es igualmente común el estereotipo del matón vicioso y obeso (tal como Dudley Dursley de la serie de libros de Harry Potter, Nelson Muntz de Los Simpsons). La glotonería y la obesidad son comúnmente representadas juntas en trabajos de ficción. En los dibujos animados, la obesidad es frecuentemente usada como efecto cómico, con personajes de dibujos animados gordos (tales como Piggy, Porky Pig y Tummi Gummi) teniendo que escurrirse a través de espacios angostos quedando frecuentemente atascados o inclusive explotando.

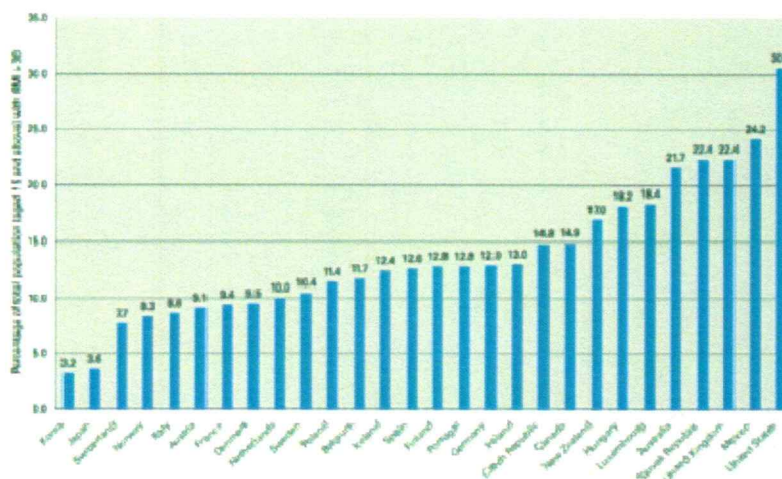
Un ejemplo más inusual de humor relacionado con la obesidad es Bustopher Jones, del poema de T. S. Eliot. Bustopher Jones: The Cat About Town que figura en su libro Old Possum's Book of Practical Cats, así como en el musical Cats, quien se hizo famoso por ser un visitante regular de muchos clubes de caballeros. Debido a sus constantes almuerzos en el club, él es extraordinariamente gordo, siendo descrito por los otros como "un 25 libras... y él está ganando peso cada día". Otro personaje popular es Garfield, un gato de dibujos animados, es también obesidad para humor. Cuando su dueño, John, lo puso a dieta, en vez de perder peso, Garfield disminuyó la velocidad de ganancia de peso.

Puede ser discutida que esta representación en la cultura popular suma y mantiene los estereotipos comúnmente percibidos, dañando la autoestima de las personas obesas. Por otro lado, la obesidad

es frecuentemente asociada con características positivas tales como el del humor (el estereotipo del gordo alegre como Santa Claus) y algunas personas son más atraídas sexualmente por personas obesas que por personas delgadas.

Obesidad y salud pública

Prevalencia



Gráfica comparando los porcentajes de obesidad del total de población en países miembros de la [OCDE](#). Para edades superiores a 15 años y un IMC mayor a 30.

En el Reino Unido, la encuesta de salud para Inglaterra predice que más de 12 millones de adultos y un millón de niños serán obesos al 2010 si no se toman acciones.^{93 94}

En los Estados Unidos, la prevalencia de sobrepeso y obesidad hace de la obesidad un importante problema de salud pública. Los Estados Unidos tiene en la tasa más alta de obesidad en el mundo desarrollado. Desde 1980 al 2002 la obesidad se ha duplicado en adultos y la prevalencia de sobrepeso se ha criticado en niños y adolescentes.⁹⁵ De 2003 a 2004, "en los niños y adolescentes en edades comprendidas entre 2 y 19 años, 17,1% tuvieron sobrepeso... y el 32,2% de los adultos de 20 años y mayores fueron obesos".⁹⁶ La prevalencia en los Estados Unidos continúa en aumento.⁹⁷ En China, el ingreso promedio se incrementó debido al boom económico, la población de

China ha iniciado recientemente un estilo de vida más sedentario y al mismo tiempo empezó a consumir alimentos más ricos en calorías. Desde 1991 al 2004 el porcentaje de adultos con sobrepeso u obesidad se incrementó desde el 12,9% al 27,3%.⁹⁸

La obesidad es un problema de salud pública y política de vida su prevalencia, costos y carga.⁹⁹ La prevalencia decida ha ido aumentando continuamente por dos décadas.¹⁰⁰ Este repentino aumento en la prevalencia de obesidad es atribuido a factores del medio ambiente y de la población más que a un comportamiento individual y biológico debido al aumento rápido y continuo en el número de individuos con sobrepeso y obesidad.¹⁰¹ El medio ambiente actual produce factores de riesgo por disminución de la actividad física y por un incremento en el consumo de calorías. Éstos factores ambientales operan sobre la población para disminuir su actividad física e incrementar el consumo de calorías.

Esperanza de vida

Un estudio realizado a personas mayores de cuarenta años de edad por el *Framingham Heart Study* de 1948 a 1990 reveló que en aquellos pacientes con sobrepeso (IMC de 24 a 29.9 kg/m²) no fumadores tuvieron una esperanza de vida menor a la media de 3,3 años para las mujeres y 3,1 años para los hombres. En pacientes obesos (IMC mayor a 30 kg/m²) no fumadores obtuvieron 7,1 años menos en las mujeres y 5,8 años menos en los hombres. Los pacientes obesos fumadores tuvieron una esperanza de vida menor a la media de los fumadores no obesos de 7,2 años para las mujeres y 6,7 años para los hombres y en comparación a la media de los que no fumaban y eran de peso normal fue una diferencia de 13,3 años para las mujeres y 13,7 para los hombres.¹⁰²

Factores del medio ambiente

Mientras frecuentemente podría parecer obvio por qué un cierto individuo engorda, es más difícil entender por qué el peso promedio de cierta sociedad ha estado recientemente aumentando. Mientras que las causas genéticas son centrales para comprender la obesidad, éstas no pueden explicar completamente por qué una cultura es gorda más que otra.

Esto es más notable de Estados Unidos. En los años justo después de la Segunda Guerra Mundial hasta 1960 el peso promedio por persona se incrementó, pero pocos fueron obesos. En las dos y media décadas desde 1980, el crecimiento en la tasa de obesidad se aceleró marcadamente y esta cada vez más convirtiéndose en un problema de salud pública.

Existe un número de teorías para explicar la causa de este cambio desde 1980. La más creíble es la combinación de varios factores.

- Pérdida de actividad: la gente obesa está menos activa en general que la gente delgada y no precisamente por su obesidad. Un incremento controlado en el consumo de calorías de la gente delgada no los hace menos activos, correspondientemente cuando la gente obesa pierde peso no comienzan a ser más activos. El cambio de peso no afecta los niveles de actividad.¹⁰³
- Costo relativo más bajo de los alimentos: cambios masivos en las políticas agrícolas en los Estados Unidos y América ha conducido a una disminución en los precios de los alimentos a nivel de los consumidores, como en ningún momento en la historia. En el debate actual acerca de las políticas comerciales se destacan desacuerdos sobre los efectos de los subsidios.
- En los Estados Unidos, la producción de maíz, soya, trigo y arroz está subsidiado a través del proyecto de ley U.S. farm. El maíz y la soya, los cuales son la principal fuente de azúcar y grasas en los alimentos procesados, son por lo tanto más baratos comparados con las frutas y los vegetales.¹⁰⁴
- Marketing incrementado: este también el jugado un papel. Al inicio de 1980 la administración Reagan en los estado unidos levantó la mayoría de las regulaciones referentes a las propagandas dirigidas a niños sobre dulces y comida rápida. Como resultado de esto, el número de propagandas vistas por el promedio de los niños se incrementó grandemente y una larga proporción de estos consumieron comidas rápidas y dulces.¹⁰⁵
- El cambio en la fuerza de trabajo: cada año un mayor porcentaje de la población pasa su día completo de trabajo detrás de un escritorio o una computadora, sin hacer virtualmente ningún ejercicio. Se ha incrementado el consumo dealimentos congelados densos en calorías que se cocinan en el horno de microondas (muy cómodos) y se ha fomentado la producción de "snacks" cada vez más elaborados.
- Una causa social que muchos creen que juega un rol es el incremento en el número familias con dos ingresos, en las cuales ninguno de los padres permanece en el hogar para cuidar la casa. Esto incrementa el número de restaurantes ycomidas para llevar.

- La expansión incontrolada de las ciudades puede ser un factor: la tasa de obesidad se incrementa en la medida la expansión de las ciudades aumenta, posiblemente debido a que existe menos tiempo para caminar y para cocinar
- Desde 1980 los restaurantes de comida rápida han visto un crecimiento dramático en términos del número de ventas y consumidores atendidos. Comidas a bajo costo y una intensa competencia por una porción del mercado, ha conducido a un incremento en el tamaño de las porciones, como por ejemplo, las porciones de las papas fritas de McDonald's, aumentaron desde las 200 calorías en 1960 hasta más de 600 calorías hoy en día.

Políticas y medidas de salud pública



Las sillas extra anchas, están disponibles actualmente en algunos centros para la atención de pacientes obesos.

Las respuestas en salud pública y política a la obesidad buscan entender y corregir los factores ambientales responsable por cambios en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una población. La vecindad y el sobrepeso son actualmente ante todo problemas políticos en los Estados Unidos. Las soluciones políticas y de salud pública buscan cambiar los actores del medio ambiente que promueven las calorías densas, el consumo de alimentos bajos en nutrientes y que inhibe la actividad física. En los Estados Unidos, la política se ha enfocado ante todo en el control de la obesidad en la niñez la cual tiene las implicaciones más serias en salud pública a largo plazo. Los esfuerzos han sido dirigidos a escuelas clave. Existen esfuerzos en proceso para reformar el

programa Federal de reembolso de comidas, limitar el marketing de alimentos a los niños y prohibir o limitar el acceso a bebidas endulzadas con azúcar. En Europa, la política se ha enfocado en limitar el marketing a los niños. Ha habido un enfoque en nivel internacional sobre la política relacionada con el azúcar y el rol de las políticas agrícolas en la producción de alimentos que producen sobrepeso y obesidad en la población.

Para confrontar la actividad física, los esfuerzos se han dirigido a examinar la zonificación y el acceso parques y rutas seguras en las ciudades. En el Reino Unido, un reporte del 2004 por el Real Colegio de Médicos, la Facultad de Salud Pública y el Real Colegio de Pediatría Salud Infantil titulado "Almacenando problemas",¹⁰⁷ seguido por un reporte del Comité de Salud de la Cámara de los Comunes, sobre el acto de la obesidad sobre la salud y la sociedad en el Reino Unido y posibles acercamientos al problema.¹⁰⁸ En el 2006, el Instituto nacional para la salud y la excelencia clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence), publicó una guía sobre el diagnóstico y manejo de la obesidad así como las implicaciones políticas para las organizaciones no asistenciales tales como los Ayuntamientos.¹⁰⁹ Un reporte del año 2007 producido por Sir Derek Wanless para la Fundación del Rey, advirtió que a menos que acciones adicionales sean tomadas, la obesidad tienen la capacidad para paralizar el Servicio Nacional de Salud desde el punto de vista financiero.¹¹⁰

Consecuencias no médicas

Además del incremento en enfermedad y mortalidad existen otras implicaciones para la actual tendencia mundial a la obesidad. Entre estas están:

- Un incremento en la presión sobre los ingresos de las aerolíneas (o incremento en las tarifas) debido a la presión ejercida para conseguir un incremento en el ancho de los asientos en los aviones comerciales y debido al mayor costo del combustible: en 2000, el peso adicional de los pasajeros obesos le costó a las aerolíneas y los consumidores 275.000.000 de dólares americanos.¹¹¹
- Un incremento en los litigios por personas obesas demandando restaurantes (por causar obesidad)¹¹² y aerolíneas (sobre el ancho de los asientos).¹¹³ El decreto sobre La Responsabilidad Personal en el Consumo de Alimentos de 2005, fue motivado por una necesidad para reducir el número de litigios a partir de activista obesos.

- Un considerable costo social y económico atribuible a la obesidad, con costos médicos atribuibles a la obesidad aumentando hasta 78,5 billones de dólares o 9,1% de todo el gasto médico en los Estados Unidos para 1988.^{114 115}
- Una disminución en la productividad de los trabajadores medido por el uso de permisos por discapacidad y absentismo en el trabajo.¹¹⁶

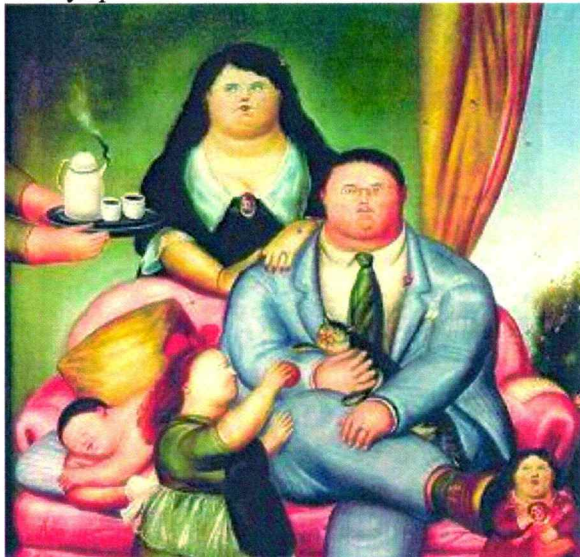
- Un estudio examinando los empleados de la Universidad Duke, encontró que aquellos con un IMC mayor de 40 llenaron planillas de reclamo, dos veces más que los trabajadores cuyo IMC fue entre 18,5 y 24,9 y perdieron días de trabajo más de 12 veces más que otros trabajadores. La herida más común fue debido a caídas y levantamiento de pisos, que afectó las extremidades inferiores, las manos, las muñecas y la espalda.¹¹⁷

Bibliografía

- Mazza, C. (2001). *Obesidad en pediatría: Panorama Actual*.. SAOTA, Obesidad ; 12 (1):28-30..

Ya Tenemos Ley de Obesidad!

Se Aprobó el Proyecto de Ley que declara a la Obesidad como una Enfermedad
Este mediodía la Cámara de Diputados de la provincia dio sanción definitiva al proyecto de ley que declara a la obesidad como una enfermedad.



Al respecto el autor del proyecto, diputado Enrique Cresto, explicó que “desde ahora la prevención y tratamiento de esta patología tiene un carácter de política pública, y se prevé la contención del gasto que ocasiona el tratamiento de sus complicaciones y derivaciones”.

Tal como anticipara Cresto semanas atrás, la norma destaca que “se estará en presencia de obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) sea igual o superior a 25, asignándosele los siguientes grados:

- 1.-Obesidad leve: IMC de 25 a 29,9 con un equivalente de 10-14,900kg de sobrepeso.
- 2.-Obesidad: IMC de 30 a 39,9 con un equivalente de 15-49,900 kg de sobrepeso.
- 3.-Hiperobesidad: IMC de 40 a 49,9, con un equivalente de 50-79,900 kg de sobrepeso.

4-Superobesidad 1: IMC de 50 a 64,9 con un equivalente de 80-109.900kg de sobrepeso.
Superobesidad 2: IMC de 65 a 79,9 con un equivalente de 110-149,900 de sobrepeso.
Superobesidad 3: IMC de 80 a 99,9 con un equivalente de 150-199,900kg de sobrepeso.
Superobesidad 4: IMC de 100 o más, con un equivalente de 200kg o más de sobrepeso”.
Además el legislador destacó que “también desde ahora el sistema hospitalario público deberá contar con personal capacitado e instalaciones destinadas a la atención de esta patología, en especial para los hiper y superobesos, y sobre todo a la gente que padece obesidad mórbida porque están con peligro de muerte” explicó.

Por su parte la responsable del grupo Alco San Roque de Paraná, Patricia Becaría manifestó su “inmensa alegría” porque “hay mucha gente que la necesita” dijo. Al respecto agregó que “de los distintos relevamientos surge que mas del 50% de la población tiene sobrepeso, y esta ley nos beneficia porque las obras sociales se ven obligadas a atender todas las cuestiones atinentes a la enfermedad, como así también obiga a los hospitales y centros de salud a tener una infraestructura adecuada” dijo. De esta manera explicó que “se obliga al Estado a hacerse cargo de esta situación y a las obras sociales para dar respuesta a las necesidades de cada afiliado” completó. Por último se consultó a Becaría si tenía idea de los plazos previstos para la promulgación y efectiva puesta en vigencia de la norma, sobre lo que indicó que “en el día de ayer el diputado Cresto estuvo reunido con el Gobernador Busti quien le manifestó estar totalmente de acuerdo con todo esto, por lo que seguramente en el corto plazo tendremos buenas noticias” concluyó.



Fuente: <http://www.eldiariodeparana.com.ar/textocomp.asp?id=133561>

PROYECTO LEY DE OBESIDAD

Desde saludyderecho.com podrá apoyar nuestra iniciativa, para pedirle al poder Ejecutivo, y al poder Legislativo, que apruebe esta ley de obesidad. Necesitamos su apoyo, para que entre todos ayudemos a la gente que padece Obesidad.

Artículo 1º: Declárese a la obesidad como enfermedad en concordancia con el concepto que de ella tiene la Organización Mundial de la Salud, por constituir por sí misma un factor de riesgo que agrava y desencadena otras enfermedades.

Artículo 2º: Se entiende por obesidad la enfermedad que consiste en la acumulación excesiva de grasa corporal que genera y es causal de otras enfermedades de índole físico y psíquico, la cual constituye una disminución en la expectativa de vida y genera múltiples trastornos sociales y económicos en la vida de quienes la padecen.

Artículo 3º: Incorpórese al Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) vigente y/o al Programa Médico Obligatorio definitivo que lo sustituya, a la obesidad como enfermedad y su tratamiento como prestación básica obligatoria esencial garantizada.

Artículo 4º: El sistema hospitalario y de salud pública en su conjunto, deberá contar con personal capacitado e instalaciones acordes a fin de atender adecuadamente a quienes padecen esta patología en todas sus formas y sin discriminación alguna. Deberán ofrecer de manera integral todos los tratamientos existentes relacionados con esta enfermedad.

Artículo 5º: En un plazo de 90 días deberá incorporarse al P.M.O., debiendo la Obras Sociales y de Medicina Prepaga proteger y garantizar la prevención, diagnóstico, tratamientos clínicos, farmacológicos, psicológicos y de cirugía bariátrica en todas sus formas a sus asociados y/o afiliados. En los casos en que se deba practicar la cirugía bariátrica, la cobertura deberá alcanzar a la totalidad de los tratamientos posteriores reparadores y farmacológicos.

Artículo 6º: La autoridad de aplicación de la presente ley será en Ministerio de Salud de la Nación por intermedio de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Artículo 7º: En el marco de sus facultades, el Ministerio de Salud de la Nación deberá verificar el cumplimiento de esta ley en cualquier parte del país y dentro de las atribuciones que la misma le acuerda, como así también contribuir al cumplimiento de sus disposiciones. En consecuencia deberá arbitrar y disponer todas las medidas necesarias oportuna atención, orientación y tratamiento de los enfermos.

Artículo 8º: Considerando la presente ley a la lucha contra la obesidad como de interés nacional, se encomienda al Poder Ejecutivo Nacional por intermedio de la Secretaría de Comunicación, instrumentar campañas informativas relativas a la obesidad, sobre el derecho a la salud de consumidores y usuarios en la relación de consumo, como así también campañas educativas y de esclarecimiento, acerca de las características de la enfermedad y de sus consecuencias; de sus aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y sociales, y de las formas apropiadas e inapropiadas de su tratamiento.

Artículo 9º: Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley, serán atendidos con recursos del Presupuesto Nacional.

Artículo 10: De forma

FUNDAMENTOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, mental y social de las personas. Un hecho particular lo marca la obesidad como una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, a raíz de trastornos o alteraciones metabólicas.

La Organización Mundial de la Salud la definió como la enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo, y la ubicó entre los diez factores de riesgo principales para la salud de todo el mundo.

Sin embargo, no es solamente el derecho a la salud establecido con la máxima jerarquía el que está en juego. También lo está el derecho a la igualdad establecido en el artículo 16 de la Constitución Nacional puesto que hoy en día, sólo tienen acceso a este tipo de tratamientos quienes disponen del poder adquisitivo suficiente, quedando sin ningún tipo de atención y/o cobertura quienes no disponen de medios para afrontarlo.

Así las cosas, el propósito que anima este proyecto es lograr que la obesidad sea incluida como enfermedad en las nomenclaturas de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, y que quienes la padecen, puedan ser atendidos en los centros de salud y cubierta sus necesidades, a fin de que el derecho a la igualdad no se vea limitado en función de los ingresos de cada paciente.

El presente proyecto tiene por finalidad dar cumplimiento real y efectivo a las cláusulas que garantizan el derecho a la salud en la Constitución Nacional.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Desde la última reforma constitucional, el derecho a la salud ya no es uno de los derechos implícitos del artículo 33 CN, ni surge como accesorio de otros derechos; sino que se haya contemplado de forma expresa, principal y autónoma en el artículo 42 CN (que garantiza el derecho a la salud a todos los consumidores) y, principalmente, en el artículo 75 inc 22 (que otorga jerarquía constitucional a diversos instrumentos internacionales de derechos humanos). Al analizar como se receipta el derecho a la salud en los diversos instrumentos internacionales, encontramos en primer lugar el artículo 12 inc. C y D del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** que dispone la obligación que adopta el Estado argentino frente a la Comunidad Internacional de reconocer este y otros derechos que *"se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana."*; y, del mismo modo, la obligación que asume frente a sus habitantes al reconocer a toda persona el derecho *"al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental."* Por su parte, vemos la recepción del derecho a la salud en: **la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer** que predica la protección de la salud en su artículo 11, 1º f; **la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial** que prevé el derecho a la salud pública y la asistencia médica en su artículo 5, d iv; y, **la Convención de los Derechos del Niño** que establece el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, procurando los servicios para su tratamiento en caso de enfermedades y rehabilitación. Por su parte, **el Pacto de San José de Costa Rica** nos remite al derecho a la salud en su artículo 4 inc. 1 que establece que *"toda persona tiene derecho a que se respete su vida"* y que dicho derecho será protegido por la ley; sin derecho a la salud no hay derecho a la vida posible, pues más de una patología llevan al hombre a la muerte. **La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** establece textualmente su Artículo 11: *"Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad."* **La Declaración Universal de los Derechos Humanos**, que en su Artículo 25 dice: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad..."*

De lo antedicho se infiere como se procura darle a este derecho tan elemental y esencial a la persona humana una vasta protección jurídica; que implica la imposibilidad de establecer limitaciones y restricciones al derecho a la salud, debiendo el Estado asegurarlo en todos los casos, sin excepción alguna. El derecho a la salud debe llevarse a la práctica sin discriminaciones. El Estado desde 1994 ha asumido un compromiso internacional, por el cual debe adoptar todas aquellas medidas tendientes a asegurar el pleno goce del derecho a la salud; entre las cuales encontramos la prevención y el tratamiento de enfermedades

epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole (art. 12 inc. c PIDESc) mediante la creación de las condiciones que aseguren a todos los habitantes asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

Autor: DR. JORGE MONASTERSKY

Ley de obesidad y cuotas de las prepagas

Desde las prestadoras anticipan que la puesta en vigencia de ley de obesidad, que las obliga a incluir en el Plan Médico Obligatorio el tratamiento de las enfermedades asociadas a esa afección, podría ser fulminante: poco más del 17% de la población argentina es obesa.

La misma ley que tuvo un feliz y hasta original comienzo –fue impulsada desde el exitoso programa de televisión llamado Cuestión de peso- es la que hoy dispara los más oscuros augurios por parte de los directores de las empresas de medicina prepaga, quienes se mostraron disconformes con la novedosa reglamentación de la iniciativa que exigirá la cobertura del tratamiento de las enfermedades relacionadas con el sobrepeso.

Se trata de la Ley de Obesidad y Trastornos Alimentarios, sancionada a fin del año pasado y que desde este lunes cuenta con su reglamentación que fue publicada en el Boletín Oficial (BO). El principal objeto de esta normativa es exigir a las obras sociales y empresas de medicina prepaga la inclusión dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO) la atención, prevención y tratamiento de estas afecciones.

En boca de la mayoría de los consultados por iProfesional.com descansa la misma pregunta: ¿de dónde saldrán los fondos para cubrir, por ejemplo, un by pass gástrico que cuesta hasta \$25.000?. Más aún teniendo en cuenta que poco más del 17% de la población argentina es obesa y que la nueva legislación alcanzaría a unos 7 millones de personas, según informó la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI).

Qué dicen la ley y la resolución

La ley de obesidad declara de "interés nacional" la prevención y control de los trastornos alimentarios, y contempla una asistencia integral y una rehabilitación de los pacientes, que incluye además sus enfermedades derivadas y las medidas que eviten su propagación.

La norma regula la comercialización, publicidad y promoción de alimentos de bajo aporte nutricional cuando éstos sean acompañados con juguetes, premios y demás incentivos que promuevan su consumo por parte de los niños.

La legislación fija condiciones para la calidad de los productos promocionados como de bajas calorías y establece que los alimentos con alto valor calórico deberán llevar la leyenda: "El consumo excesivo es perjudicial para la salud".

Por otra parte, prohíbe que los medios publiquen dietas o métodos para adelgazar sin respaldo de un profesional, contiene medidas consideradas antidiscriminatorias por los que sufren trastornos alimentarios y establece los lineamientos para la realización, desde el Estado, de campañas de difusión dirigidas a la población, hacia grupos de riesgo en particular.

La flamante resolución 742/2009 (publicada el lunes pasado en el BO) pone en marcha un nuevo y generoso Programa Médico Obligatorio (PMO) que incluye, dentro de las prestaciones básicas esenciales, la cobertura de la obesidad en los pacientes.

De acuerdo con dicha norma, "...quedarán incorporadas al PMO la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios, según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación".

De ahora en más, todos los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades relacionadas con la obesidad se incluyen en la cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y las empresas de medicina prepaga.

Los alcances

Antes de que saliera a la luz esta medida, varias de las prácticas que forman parte del tratamiento integral de la obesidad ya se encontraban incluidas en el PMO.

Si bien "las entidades privadas ya cubren gran parte de los trastornos alimentarios: controles de laboratorio, consultas con médicos especialistas en endocrinología y nutrición, psicólogos y dietólogas"; según señaló el presidente de la Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP) Pablo Giordano, lo que esta polémica resolución exige es que tanto el by-pass gástrico como la banda gástrica ajustable (BGA) estén comprendidos dentro la cobertura.

Claro que para poder someterse a estos procedimientos quirúrgicos el paciente deberá cumplir con ciertas condiciones:

- * Edad entre 21 a 65 años.
- * Índice de Masa Corporal mayor de CUARENTA (40) kg/m².
- * Más de 5 años de padecimiento de obesidad no reductible demostrado mediante resumen de Historia Clínica.
- * Riesgo quirúrgico aceptable.
- * Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por 2 años sin éxito.
- * Aceptación y deseo del procedimiento.
- * No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.

"Respecto a la cirugía, es el último paso luego de que cada paciente con sobrepeso haya cumplido por lo menos dos años de tratamiento médico, psicológico y nutricional sin interrupciones", puntualizó el titular de la ADEMP.

¿Sube la cuota?

"El aumento nunca se debe a un sólo factor, aunque esta nueva normativa constituye un elemento importante", observaron desde Obra Social de Empresarios (OSDE).

"Los otros que también afectan en el aumento de las cuotas son la incidencia salarial y la suba del dólar debido a que muchos insumos que se utilizan son importados", agregaron.

Para Giordano, lo lamentable para toda entidad de cobertura de salud (obra social o medicina prepaga) "no es sólo la Ley de Obesidad, sino la permanente incorporación al PMO, desde 1997, de procedimientos, elementos biotecnológicos y fármacos sin que en ningún caso se acompañe de un estudio de costos y análisis de fuentes de financiamiento".

La puesta en práctica de la reglamentación, firmada el lunes pasado, incidirá en el pago mensual, respondieron las fuentes consultadas.

"Las cuotas corren detrás de los aumentos de costos", aclararon desde OSDE, e informaron que las subas de los últimos tiempos fueron para compensar los elevados insumos.

En ese sentido, el director de la ADEMP enfatizó: “La incorporación indiscriminada, sin la participación de un ente de evaluación de tecnología ni cálculo actuarial de costo, nos pone en la situación de no poder incorporar un sólo tratamiento o fármaco hasta que se revea y calcule el valor real de la canasta prestacional o el PMO en base a las posibilidades de financiamiento”.

Así, Federico Diaz Mathé, director ejecutivo de la Cámara de Instituciones Médicas Asistenciales (Cimara), dijo al momento de sancionarse la ley que con la incorporación de la obesidad al PMO se va a imponer una nueva carga que va a ser trasladada a la cuota.

“La medicina prepaga va a buscar mecanismos para financiar estos costos”, aclaró.

Colapso del sistema

La puesta en vigencia de la mencionada ley ya generó un sinfín de críticas por parte de los representantes del sector que afirman que la puesta en práctica de la misma pone en jaque a numerosas prestadoras.

“Tiran y tiran de la cuerda y en algún momento se va a romper”, advirtieron desde OSDE.

“La desaparición creciente en la última década de entidades de cobertura médica en todo el país está demostrando el colapso del sistema”, señaló Giordano.

“La incorporación de tecnología, los amparos judiciales y la inflación que el cuidado de la salud lleva implícito en todo el mundo provocan el aumento de cuotas”, destacó Giordano, que, también, dirige Staff Médico.

Por su parte, desde OSDE informaron que cubren la operación de by pass gástrico como vía de excepción desde hace años aunque resaltaron que “no es un derecho adquirido sino un gesto de buena voluntad de la obra social para aquellos pacientes que lo hubieran solicitado y que cumplieran con determinadas condiciones”.

Otra de las fuertes polémicas que genera la resolución es que ninguna de estas intervenciones baja de los \$25.000, según calcularon las distintas empresas de medicina prepaga.

En ese sentido, advirtieron que esta reglamentación pondrá, sin lugar a dudas, en serios aprietos a las empresas de medicina privada chicas

GORDOS NUNCA MÁS

La obesidad es una enfermedad y puede curarse, los obesos tenemos derecho a la Salud, mis vivencias y experiencias en mi camino hacia la sanidad, mi bypass gástrico, mi Vida

compártelo



martes, noviembre 16

LEY DE OBESIDAD, LO QUE HAY QUE SABER

FUENTE: Victoria Perewozki



La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la obesidad como la enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo, y la ubicó entre los diez factores de riesgo principales para la salud.

Desde hace más de un año rige en Argentina la ley número 26.396, más conocida como la ley de obesidad. Según expertos, uno de los puntos más importantes que establece es que la obesidad es una enfermedad y un problema de salud pública, sujeta a políticas de gobierno. De este modo, libera a la persona obesa de ser culpable de estar enferma. Esta ley implica que los tratamientos para bajar de peso están incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) lo cual significa que el sistema de salud pública, las obras sociales, las mutuales y las empresas

de medicina prepaga, tienen que hacerse cargo de los mismos. Esto incluye las alternativas quirúrgicas como la “manga gástrica”, el by-pass y la banda gástrica ajustable. Aunque existen muchos métodos para bajar de peso, las estadísticas médicas a nivel mundial indican que entre el 70 y el 75 % de los pacientes que recurren a dietas, vuelven a recuperar su peso, o incluso más, en un período de dos años. Ante esos fracasos, es que las cirugías se presentan como una opción eficaz y perdurable en el tiempo ya que casi el 70 % de los pacientes operados mantienen el peso cinco años después de la misma.

La fundación Favalaro y el Hospital Universitario Austral publicaron un informe donde aseguran que un 80% de los pacientes a los cuales se les realizó la operación alcanzó la meta del tratamiento, bajar 50% del exceso de peso.

Argentina es el primer país en tener esta ley, que obliga a los gobiernos en sus distintas jurisdicciones, a crear servicios y estructuras para atender el problema, y a todas las entidades públicas y privadas a hacerse cargo de dicha enfermedad.

Además de la obesidad, a efectos de dicha ley, se entiende por trastornos alimentarios, a la bulimia, a la anorexia nerviosa y a las enfermedades que la reglamentación determine que estén relacionadas con formas de ingesta alimenticia inadecuadas.

Si bien no hay cifras oficiales en el país sobre casos de bulimia y anorexia, se sabe que Argentina se ubica segunda en la incidencia mundial de esos trastornos, superada solamente por Japón.

La ley, declarada de interés nacional, incluye la prevención y el control de los trastornos alimentarios, contiene investigación de los agentes que la causaron, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, envolviendo sus patologías derivadas y las medidas tendientes a evitar su propagación.

La intención de esta ley es promover conductas nutricionales saludables, especialmente entre los niños y adolescentes, y para ello propone acciones que eviten la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al sufrimiento de los trastornos alimentarios.

En los kioscos de los colegios, se deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada y estar debidamente exhibidos. A su vez, se tomaron medidas con el objetivo que las publicidades y los diseñadores de moda no utilicen la extrema delgadez como símbolo de belleza y salud y que ofrezcan una imagen más amplia de los jóvenes, sobretodo de las mujeres.

Las publicidades de productos para bajar de peso deberán dirigirse exclusivamente a mayores de veintiún años, debiendo ser protagonizadas también por personas mayores de esa edad. Por su parte la promoción de alimentos en alto contenido calórico y pobres nutrientes deberá contener la leyenda: “El consumo excesivo es perjudicial para la salud”. Además está prohibida la difusión de dietas o métodos para adelgazar que no conlleven el aval de un médico y/o un licenciado en nutrición.

Entre las acciones se incluyen también promover la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG), desarrollar actividades de difusión televisiva, radial y gráfica, dirigida

a la población en general y a grupos de riesgos en particular.

Además contempla programas tendientes a combatir la discriminación de quienes padecen obesidad, ya que por ejemplo las marcas de indumentaria excluyen a las personas de talles grandes, siendo difícil para ellos conseguir ropa, y en la mayoría de los casos, teniendo que consumir prendas en tiendas especiales, donde muchas veces son más caras y tienen menos diseño.

Otro problema que suelen tener las personas que padecen dicha enfermedad es a la hora de viajar; ya sea en avión, colectivo o remis, ya que por regla general los asientos son pequeños y se encuentran muy próximos unos de otros. Muchas personas evitan sentarse al lado de un obeso en el transporte público, algunas compañías aéreas obligan a pagar por dos pasajes al no existir asientos especialmente adaptados para obesos y muchos dueños de taxis o remises temen por el daño que el sobrepeso puede causar al vehículo.

Lo mismo suele ocurrir en lugares de esparcimiento como el cine o el teatro, y lo más grave es cuando la apariencia física se impone sobre otras cualidades cuando se quiere conseguir un trabajo, haciendo que el obeso se encuentre continuamente en una desventaja comparativa. Sin embargo, los proveedores de bienes o servicios con destino al público en general, no pueden negarse al requerimiento de una persona obesa, a proporcionar el bien o servicio solicitado, en las condiciones que establece el Poder Ejecutivo. Tal negativa será considerada acto discriminatorio en los términos de la ley n° 23592.