

Obesidad en mujeres infértiles: una explicación desde la psicología clínica

Obesity in infertile women: An explanation from clinical psychology

Jorge Carreño Meléndez, Cecilia Mota González y Claudia Sánchez Bravo

Instituto Nacional de Perinatología¹

Autor para correspondencia: Jorge Carreño Meléndez, jocame2003@gmail.com.

RESUMEN

Con frecuencia, se han observado sobrepeso y obesidad en las mujeres infértiles, y es una constante en más de veinte países latinoamericanos. Se ha propuesto que el estrés es importante para la modificación del peso corporal ya que provoca una mayor ingesta de alimentos. En el presente estudio se evaluó a 250 mujeres y se asoció el estrés con su índice de masa corporal (IMC). De las participantes, 80.4% presentaba sobrepeso u obesidad sin niveles importantes de estrés. El grupo con IMC normal tuvo un mayor riesgo en el Perfil de Estrés de Nowack, en particular en la subescala del cuidado de la salud, en comparación con las mujeres con sobrepeso y obesidad. La psicología clínica tradicional puede ser factor de cambio en las representaciones sociales para las mujeres con sobrepeso u obesidad y poner énfasis en el cuidado de la salud en mujeres con infertilidad que presenten tales riesgos sin percatarse del problema.

Palabras clave: Infertilidad femenina; Sobrepeso; Obesidad; Psicología clínica.

ABSTRACT

Being overweight and obese have been frequently observed in women with infertility, which is a constant in more than 20 Latin American countries. Several studies propose that stress is essential for modifying body weight since it causes an increased food intake. In the investigation, 250 infertile women were evaluated and associated with the Body Mass Index (BMI). 80.4% of the participants were overweight or obese without significant stress levels. The regular BMI group has a higher risk in the healthcare subscales than overweight and obese women. Traditional clinical psychology can change social representations of overweight or obese women; they can become aware of risk factors and emphasize health care for women with infertility who present risks to their health.

Key words: Female infertility; Overweight; Obesity; Clinical psychology.

Recibido: 05/08/2021

Aceptado: 02/08/2022

¹ Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, Miguel Hidalgo, 11000 Ciudad de México, México, correos electrónicos: jocame2003@gmail.com, motaceci@hotmail.com y clausanbra@yahoo.com.



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), la calidad de vida mejora cuando las personas gozan de una adecuada salud sexual y reproductiva. Bajo esta premisa, se han investigado ciertos problemas reproductivos, específicamente la infertilidad en las mujeres, como una condición que llega a comprometer la calidad de vida. Diversos estudios (García, 2011; Jiménez *et al.*, 2008; Romero *et al.*, 2007) han encontrado que el tratamiento médico las somete a una constante presión cuando enfrentan la infertilidad, lo que trae consigo cambios en la esfera psicológica, tales como alteraciones de la conducta alimentaria, síntomas de depresión, niveles elevados de ansiedad y baja autoestima.

Otro componente referenciado es el estrés (Anderson *et al.*, 2003; Rodríguez, 2019; Segura, 2015; Tunc *et al.*, 2011), entendido como la reacción psicológica que surge cuando un evento rebasa la capacidad de respuesta del individuo. Al vivir una condición de estrés o estrés crónico, aquella se modifica, lo que altera la percepción de su salud. Una variable que propicia el aumento del estrés es el tiempo de evolución del padecimiento; así, a mayor tiempo de tratamiento, mayor es el nivel de estrés (Arranz *et al.*, 2009).

Múltiples son las explicaciones sobre por qué una mujer no logra el embarazo (Segura, 2015). En la última década, se ha señalado la infertilidad como un factor condicionante del sobrepeso y la obesidad, principalmente en las mujeres (OPS/OMS, WAS, 2000). Asimismo, el exceso de estrógenos, la disminución de la progesterona, así como el incremento de ovario poliquístico, las menstruaciones irregulares –principalmente la oligomenorrea–, la anovulación y la baja calidad de los óvulos se han considerado factores asociados con el aumento del peso corporal. Los especialistas en la reproducción durante el proceso de diagnóstico del origen de la infertilidad (Tunc *et al.*, 2011) han establecido una relación entre la obesidad y la fertilidad.

El aumento del sobrepeso y la obesidad en las mujeres se ha producido de manera desproporcionada durante la fase reproductiva en más de veinte países latinoamericanos. Además, la tasa de obesidad de las mujeres suele estar diez puntos

porcentuales por arriba de la de los varones (OMS, 2018).

La pandemia de obesidad en el mundo tiene una mayor repercusión en América Latina. Esta condición afecta a 140 millones de personas, lo que equivale a 58% de la población total de la región. Entre los países con mayores porcentajes de población con obesidad se encuentran Haití, con 38.5%, Paraguay (48.5%) y Nicaragua (49.4%). Por otro lado, con 69%, se encuentra Bahamas en el primer lugar, seguido por México, con 64%; Chile, con 63%, y Argentina, con 60%. Lo anterior indica que, no obstante, los porcentajes comparativamente bajos de obesidad en los países de la región, es ya un problema de salud pública. Son las mujeres adolescentes y las adultas en periodo reproductivo las que contribuyen fundamentalmente al dato epidemiológico, con alrededor de 30% de obesidad y 23% de sobrepeso.

De manera general, los organismos internacionales describen el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y afectar las tasas de fertilidad, sobre todo en las mujeres, lo que deriva en ansiedad, depresión y estrés ligados a la reproducción, a diferencia de los hombres (Helard, 2017).

Un estilo de vida saludable no solamente puede favorecer la fertilidad en las mujeres, sino que además disminuye el riesgo de enfermedades coronarias, hipertensivas y diabetes, y favorece el bienestar emocional (Nowack, 2002). Los estudios que se han hecho para encontrar una relación directa entre la condición de sobrepeso u obesidad en mujeres infértiles (Anderson *et al.*, 2003) han tenido resultados claros.

Así, el objetivo del presente trabajo observacional, analítico y transversal fue analizar las características del estrés y del cuidado de la salud en las mujeres con sobrepeso u obesidad que estaban en tratamiento para lograr embarazarse.

MÉTODO

Mediante un estudio observacional, analítico y transversal se evaluó a:

Participantes

Participaron 250 mujeres infértiles, mayores de edad y con pareja estable. Las personas así evaluadas fueron seleccionadas por el médico tratante bajo los siguientes criterios: ser mujeres en edad reproductiva de 20 a 37 años, que se encontraran viviendo en pareja desde un año antes como mínimo, que tuvieran relaciones sexuales por lo menos dos veces por semana, que fueran pacientes de la clínica de infertilidad –cumpliendo así los requisitos de infertilidad primaria–, y que firmaran una carta de consentimiento informado.

Procedimiento

Las participantes, que acudían a un centro de tercer nivel de atención de salud pública mexicano que tenía dentro de sus objetivos proporcionar tratamientos reproductivos, fueron derivadas por el médico tratante al grupo encargado de la investigación, el cual les explicó los alcances y metas de la investigación. Si aceptaban participar, se les proporcionaba la carta de consentimiento informado para su firma. A continuación, se procedía a la aplicación de los instrumentos de manera individual en la consulta externa de la institución. El índice de masa corporal (IMC en lo sucesivo) se obtuvo del último registro en el expediente clínico, y era el personal médico de la institución el encargado de asentarlos.

Para los análisis comparativos se tomó el reporte del IMC estandarizado con criterios de clasificación, tal como señala la norma internacional y la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. La investigación fue autorizada por el Comité de Ética en Investigación de la institución, en cumplimiento de los lineamientos éticos para la investigación con seres humanos, nacionales o extranjeros.

Instrumentos

Perfil de Estrés (Nowack, 2002)

Esta prueba se estandarizó en los Estados Unidos empleando una muestra de 1,111 adultos sanos de distintos campos laborales, con nivel educativo

de secundaria, de origen latino y de 20 a 80 años. Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de .72 en promedio. Se estableció su estructura factorial mediante el análisis de componentes principales con valores *eigen* mayores o iguales a 1, con tres factores. Contiene quince subescalas que proporcionan dos medidas fundamentales: el nivel de estrés y los hábitos de salud (ejercicio, descanso-sueño, alimentación-nutrición, prevención y, de manera directa, consumo de tabaco y drogas). La prueba también mide las características psicológicas que facilitan o complican el cuidado de la salud –como la conducta tipo A–, y las que se consideran precursoras de enfermedades de distinta índole (Nowack, 2002). Por otro lado, la prueba da cuenta de otros recursos psicológicos que protegen la salud, entre los que se encuentran la fuerza cognitiva, los estilos de afrontamiento, la valoración positiva o negativa, la minimización de la amenaza, la concentración en el problema y el bienestar psicológico.

La subescala de *Estrés* mide la experiencia de incomodidad, molestia y frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana, y la de *Cuidado de la salud* los hábitos, que son conductas específicas que cuando se practican de manera regular conducen tanto al bienestar físico como psicológico; por ejemplo, el ejercicio debe practicarse al menos dos o tres veces por semana para cumplir el estándar. Dichas conductas pueden englobarse como *descanso-sueño*.

La *Alimentación-nutrición* se refiere al patrón nutricional saludable para el cuidado del corazón que las personas incorporan a su régimen alimenticio cotidiano, y las *conductas de prevención* tienen que ver con la frecuencia con la que una persona practica estrategias preventivas de higiene, asiste a evaluaciones médicas o toma medicamento de prescripción.

La subescala ACR (Conglomerados), a su vez, evalúa de manera directa el consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Los aspectos subjetivos psicológicos pueden valorarse con las siguientes subescalas:

La *Percepción de la red social de apoyo* a través de las personas con quienes trabaja, su cónyuge, los miembros de su familia nuclear, su familia

extendida y amigos. La *fuerza cognitiva* mediante los cambios de vida y los riesgos asumidos como oportunidades de crecimiento. La *Valoración positiva* como una estrategia de afrontamiento cuando se centra en los aspectos positivos de una situación. La *Valoración negativa* se caracteriza por la culpabilización, la crítica y el pensamiento catastrófico. La *minimización de la amenaza* desvía la atención intencionalmente cuando la persona bromea o se burla de una situación problemática. Cuando se emplea la *Concentración en el problema*, las personas desarrollan un plan de acción específico para enfrentar una situación. Por último, el *Bienestar psicológico* se evalúa según se ha experimentado durante los últimos tres meses y es la sensación de la persona de estar satisfecha consigo misma y es capaz de disfrutar la vida y a la familia.

Todas las interpretaciones se evalúan mediante un puntaje estandarizado de puntuación T, siendo la normalidad un puntaje de entre T 40 y T 60. Un puntaje directo por arriba de T 60 indica compromisos importantes de la salud en las subescalas de estrés, ACR, conducta tipo A y valoración negativa. En las otras subescalas, los puntajes por debajo de T-40 indican un riesgo elevado a la salud al no percibir las señales de alerta sobre el comportamiento.

Cuestionario de datos sociodemográficos

Se elaboró el instrumento para recabar los datos sociodemográfico construido expresamente para la investigación, contenía datos generales y de salud, el IMC se obtuvo al momento de pesaje previo a su consulta médica de seguimiento.

Índices estandarizados para establecer el peso

Se aplicó el IMC, o Índice de Quételet, que es el cociente que resulta de dividir el peso corporal (en kilogramos) entre el cuadrado de la estatura (en metros cuadrados), y que se usa comúnmente y a gran escala en los estudios epidemiológicos para estimar la gravedad de la obesidad. Según la Norma Oficial Mexicana, en adultos se toma 18.5 como peso bajo; de 18.5 a 24.9 como peso normal; 25.0 a 29.9 como sobrepeso, y más de 30.0 como obesidad.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos se analizan a partir de la muestra global, y luego las comparaciones se hacen mediante la formación de tres grupos a partir del Índice de Quételet, o IMC: normal, sobrepeso y obesidad.

Los puntajes que se reportan como riesgosos para la salud son aquellos que se encuentran por debajo de $T = 40$. El índice de sesgo es una medida de confiabilidad de las respuestas, con un valor de $92.4\% = 0$. Los perfiles obtenidos son válidos y la certidumbre es alta para su interpretación.

Los datos sociodemográficos fueron reportados por las propias participantes. Su edad iba de 21 a 37 años, con una media de 31.43 (± 3.7). De ellas, 62.8% estaban casadas y 37.2% vivían en unión libre; 67.6% trabajaban en casa y 32.4% fuera de ella, con un trabajo remunerado. Los años de escolaridad tuvieron una media de 12.65 (± 3.31), y fueron registrados de la siguiente manera: 12 (4.8%) tenían escolaridad primaria, 60 (24.0%) escolaridad secundaria, 110 (44.0%) escolaridad media superior, 65 (25.2%) licenciatura y 4 (2.0%) estudios de posgrado. Las participantes contaban con un tiempo de tratamiento que iba de uno a quince años, con una media de 5.64 (± 3.52).

Para el IMC se encontró una media global de 28.59, con una desviación estándar de 4.59, un mínimo de 18.047 y un máximo de 48.2. El IMC normal se observó en 49 (19.6%) de las participantes, el sobrepeso en 115 (46.0%), y la obesidad en 86 (34.4%).

La Tabla 1 agrupa las subescalas con una estrecha relación entre las conductas y los hábitos de la salud. Se destacan aquellas que por su frecuencia y porcentaje son representativas en los grupos de comparación.

Con base en los porcentajes hallados, la comparación entre los grupos revela que estos se encontraban en una condición de riesgo a la salud. Dicho riesgo fue mayor en mujeres con índice de masa corporal normal, y menor en mujeres con obesidad. En cuanto a la subescala de Cuidado de la salud, los porcentajes indican nuevamente que las mujeres con IMC normal estaban en mayor riesgo que aquellas del grupo con sobrepeso.

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje por IMC de riesgo para la salud.

Subescala	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Estrés	Normal (43) 87.8 Riesgo (6) 12.2	(105) 91.3 (10) 8.7	(74) 86.1 (12) 14.0
Hábitos de salud	Normal (34) 69.4 Riesgo (15) 30.6	(99) 86.1 (16) 13.9	(67) 77.9 (19) 22.1
Ejercicio	Normal (25) 51.0 Riesgo (24) 49.0	(73) 63.5 (42) 36.5	(64) 74.4 (28) 32.6
Descanso	Normal (41) 83.7 Riesgo (8) 16.3	(105) 90.4 (11) 9.6	(72) 83.7 (14) 16.3
Alimentación	Normal (41) 83.7 Riesgo (8) 16.3	(106) 92.2 (9) 7.8	(68) 79.1 (18) 20.9
Prevención	Normal (42) 85.7 Riesgo (7) 14.3	(109) 94.8 (6) 5.2	(79) 91.9 (7) 8.1
Conglomerados	Normal (32) 65.3 Riesgo (17) 34.7	(81) 70.4 (34) 29.6	(61) 70.4 (25) 29.6
N = 250	(49) 19.6	(115) 46.0	(86) 34.4

Otro componente del cuidado de la salud es el ejercicio, con respecto al cual se observó mayor riesgo en el grupo de IMC normal, mientras que los porcentajes obtenidos por las mujeres del grupo con obesidad indican un menor riesgo. Un aspecto a resaltar es que las féminas del grupo con IMC normal se hallaban en mayor riesgo en cuanto a la prevención, al contrario de las participantes con sobrepeso.

En la subescala de conglomerados, referente al consumo de alcohol, drogas recreativas y tabaco, las mujeres del grupo normal estaban asimis-

mo en mayor riesgo que los otros grupos, siendo las mujeres de IMC normal las que estaban un mayor riesgo, principalmente en el consumo de tabaco.

En términos generales, la población con peso normal en las distintas subescalas tuvo mayor riesgo que el resto de los grupos de comparación (véase Tabla 1).

La Tabla 2 agrupa las subescalas que tuvieron una mayor relación con las características psicológicas que pueden ser precursoras del auto-cuidado.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje por IMC de riesgo para la salud.

Subescala	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Redes sociales	Normal (27) 57.1 Riesgo (22) 44.9	(68) 59.1 (47) 40.9	(46) 53.5 (40) 46.5
Conducta tipo A	Normal (42) 85.7 Riesgo (7) 14.3	(103) 89.6 (12) 10.4	(78) 90.7 (8) 9.3
Fuerza cognitiva	Normal (34) 69.4 Riesgo (15) 30.6	(82) 71.3 (33) 28.7	(59) 68.6 (27) 31.4
Valoración +	Normal (31) 63.3 Riesgo (18) 36.7	(90) 70.3 (25) 21.7	(56) 65.1 (30) 34.9
Valoración -	Normal (20) 40.8 Riesgo (29) 59.2	(55) 78.3 (60) 21.7	(30) 34.9 (56) 65.1
Minimización de la amenaza	Normal (39) 79.6 Riesgo (10) 20.4	(91) 79.1 (24) 20.9	(69) 80.29 (17) 19.8
Concentración en el problema	Normal (30) 61.2 Riesgo (19) 38.8	(84) 73.0 (31) 27.0	(59) 68.6 (27) 31.4
Bienestar psicológico	Normal (37) 75.5 Riesgo (12) 24.5	(98) 85.2 (17) 14.8	(70) 81.4 (16) 18.6
n = 250	(49) 19.6	(115) 46.0	(86) 34.4

En dicha tabla, el puntaje por debajo de T-40 indica un riesgo elevado a la salud al no percibir las participantes señales de alerta sobre su comportamiento; en cada una de las casillas se indica un porcentaje de normalidad y uno de riesgo, principalmente porque no perciben amenaza alguna.

DISCUSIÓN

Debido a su relevancia y complejidad como problema de salud pública, la pandemia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva, en los países de América Latina no puede ser abordada desde una sola disciplina (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Programa Mundial de Alimentos [WFP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018). Así, la medicina, la nutrición, la antropología, la sociología y la psicología intentan explicar el origen multicausal de una condición que afecta la salud física y reproductiva de la mujer en el contexto regional (Rojas y García 2017).

Las cifras revelan que, en América Latina, la salud de las mujeres que pretenden embarazarse –y las que no lo hacen– se ha visto aún más afectada por una enfermedad crónica no transmisible, como el sobrepeso y la obesidad (Anderson *et al.*, 2003).

El sobrepeso y la obesidad en las mujeres con infertilidad primaria evaluadas (84.6%) contrasta con los resultados de la región, en la que se reporta que 60% de la población de mujeres padece estas dos condiciones. La mayor parte de estos casos se encuentra fuera del rango reproductivo, con 23% más de mujeres afectadas que hombres (FAO, OPS, WFP y UNICEF, 2018). Lo anterior indica que se trata de un problema que repercute directamente en la salud sexual y reproductiva de las mismas.

Un argumento que frecuentemente se emite es que el estrés es un componente responsable del aumento del peso (Arranz *et al.*, 2009; Segura, 2015). Sin embargo, en este trabajo no fue el caso. Los distintos estudios que asocian el estrés con el sobrepeso y la obesidad afirman que dicha

relación influye para que el IMC de un número importante de personas se modifique.

Puede decirse que tal relación es meramente hipotética. El estudio de Rodríguez y Oramas (2015) así lo subraya al no encontrar relación alguna aun realizando mediciones bioquímicas, como el cortisol, que hipotéticamente tendría que estar presente cuando alguien reporta sufrir estrés. Además, debido a que el incremento del IMC y el estrés pueden ser variables independientes tanto en población adulta como en adolescentes, no se ha logrado establecer esa correspondencia (Meza, 2017).

La American Psychiatric Association (APA) (2014), máxima autoridad sobre las directrices de la psicología para América, no define lo que es el estrés, aunque da recomendaciones e indicaciones para su manejo. Puesto que el concepto es ambiguo y no es posible medirlo, es necesario destacar que en distintas búsquedas específicas en las bases de datos solamente se infiere, sin que exista una asociación determinante entre el estrés y el sobrepeso y la obesidad.

Siendo el estrés un concepto que se originó en la física de la resistencia de los metales, se le aplicó mecánicamente a la salud en la década de 1950, primero a la fisiología y luego extrapolándolo a la psicología de la salud, quedando en esta como una piedra angular. El término se ha definido como una experiencia mayor o menor de incomodidad, molestia y frustración en la vida cotidiana (APA, 2014), definición inespecífica que puede aplicarse perfectamente a otros fenómenos psicológicos. Por ello, no ha sido posible medir el concepto con precisión, a pesar de los esfuerzos por construir instrumentos específicos que no se sobrepongan con el concepto de ansiedad.

Así, la relación del estrés con la obesidad y la salud no es clara, y solo es posible plantearla como una hipótesis. No hay un modelo que explique de forma consensuada el papel del estrés en la salud, aunque por lo regular se acepta que el estrés crónico ocurre con mayor frecuencia en las mujeres (García, 2011).

También las propuestas sobre su efecto en la salud solamente se sostienen de manera hipotética. Por lo general, los estudios que concluyen que los problemas de salud son debidos al incremento del estrés o que tienen un correlato con este,

pueden caracterizarse como un sofisma aceptado que no se prueba ni se cuestiona. De esta manera, aceptar que el estrés es fundamental para explicar el sobrepeso, la obesidad o los problemas de salud implica mantener el sofisma y abundar sobre un concepto que no funciona como modelo explicativo.

Lo que podría dar mayor claridad es el factor relativo a los hábitos de salud (Lara *et al.*, 2012), entendidos como conductas específicas que, cuando se practican de manera regular, conducen tanto al bienestar físico como psicológico. A dicho factor lo conforman los componentes del ejercicio físico (Chau y Saravia, 2016): descanso-sueño, alimentación-nutrición y prevención.

En el presente estudio, las mujeres con un IMC normal tuvieron un mayor riesgo en los hábitos de salud, y lo mismo sucede cuando se analiza la frecuencia del ejercicio (Jiménez *et al.*, 2008): las participantes que estaban dentro de la norma presentaron un mayor riesgo por la baja frecuencia de ejercicio. Según la OMS, toda persona mayor de 20 años debe realizar 150 minutos de actividad moderada, o 75 minutos (Romero *et al.*, 2007) de actividad vigorosa por semana, para obtener beneficios para su salud (Chau y Saravia, 2016).

En las subescalas utilizadas es posible destacar que, en general, las mujeres con IMC normal tienen un mayor riesgo que aquellas con sobrepeso y obesidad (Uribe, 1999), y es en ellas en quienes se puede intentar la prevención, no así en los otros dos grupos.

Una conducta esperada en los tres grupos comparados y que importan un riesgo en los hábitos de salud es emplear estrategias que les permitan disminuir los índices de peso; sin embargo, en este trabajo se observa que no lo hacían, probablemente por las creencias de salud (Ogueda y Barra, 2017).

El cuidado de la propia salud es indispensable para el mantenimiento y preservación de la vida a lo largo de la historia (Arenas *et al.*, 2011). El autocuidado comprende aquellos esfuerzos que efectúan los individuos, las familias o las comunidades con el propósito de preservar la salud. Una de sus funciones es restablecerla, o bien limitar cualquier efecto indeseable sobre esta ante una enfermedad crónica.

El autocuidado comienza con la atención de uno mismo e implica actividades diarias, íntimas y personales que tienen relación con las instituciones de salud, pues el sujeto no puede ser un principio que esté por encima de la sociedad como una práctica social (Arenas *et al.*, 2011). Por ello, la revisión de las normas del cuidado a la salud tiene que realizarse de manera consensuada con los involucrados en la materia.

La interacción de las dimensiones física, psicológica y social son precisadas como componentes de la calidad de vida, y evaluadas por la paciente en relación con el estado funcional, los síntomas y la percepción de bienestar psicológico y emocional, aunque también se encuentran entre ellas la negación de la enfermedad (Muñoz, 2009) y algunos síntomas psicológicos que distorsionan el concepto de la calidad de vida, por lo que no puede ser un concepto meramente individual.

En lo individual, la obesidad es difícil de revertir cuando se hace crónica, y desde la visión clínica se explica que, debido a un incremento de los casos de hipotiroidismo, hay una estrecha relación entre la infertilidad y el aumento de los índices del IMC. En efecto, se ha establecido que el hipotiroidismo genera un incremento de entre 4 y 5 kilos (Jiménez *et al.*, 2020; Möncke y Muzzo, 2015) que no se corresponde con los índices de sobrepeso y obesidad. Otra explicación es que ese aumento tiene que ver con ciertos factores genéticos, consecuencia del uso indiscriminado de medicinas por más de ocho décadas, las que han modificado la microbiótica intestinal. Un antibiótico utilizado precozmente podría producir un incremento en el peso en el largo plazo y ser permanente (Möncke y Muzzo, 2015). Un aumento de peso durante las distintas etapas de la vida reproductiva de la mujer tiene un efecto negativo en su salud; así, un incremento de diez kilos puede desencadenar anovulación, amenorrea primaria y secundaria, entre otros efectos (Möncke y Muzzo, 2015), contribuyendo a una disminución de la fertilidad.

Las subescalas que dan cuenta de los fenómenos que exploran los contenidos psicológicos se describen a continuación, tomando en cuenta que son las representativas.

La subescala de *Redes sociales* de apoyo se refiere a qué tan valoradas se sienten las mujeres por quienes les rodean. Aunque el valor de esta subescala es semejante en los tres grupos, son las mujeres con obesidad quienes registran un mayor riesgo de no percibir ni contar con redes de apoyo, con 46,5%, seguidas de cerca por las mujeres con peso normal. Dicha percepción puede repercutir en otros problemas de salud, pues las mujeres deben afrontar diversos problemas personales y de salud de manera individual.

La conducta tipo A representa la principal expresión de una característica psicopatológica, la cual puede predisponer a las enfermedades de las arterias coronarias. La expresión conductual de tal condición es la desconfianza, el enojo y la hostilidad.

Los estilos de afrontamiento incluidas en las siguientes subescalas y evidenciadas en las frecuencias y porcentajes registrados, se consideran un factor de riesgo por ubicarse en un puntaje estandarizado de T-40. Dichas subescalas son, a saber: Fuerza cognitiva, Valoración positiva, Valoración negativa, Minimización de la amenaza, Concentración en el problema y Bienestar psicológico. Lo anterior puede indicar que se carece de una estrategia definida para varias de las actividades, entre las que se encuentra el cuidado de la salud.

La *fuerza cognitiva* se refiere a la calidad del compromiso para la participación en las distintas esferas de funcionamiento de las personas; también representa la valoración de su propia persona. Los puntajes de T-40 o menos indican que la persona se siente alienada en su trabajo y vida familiar, como es el caso de los tres grupos de la muestra aquí empleada.

Los registros que representan la *valoración positiva* como estrategia de afrontamiento indican el uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción de estrés. Por otro lado, la *valoración negativa* se caracteriza por autoculpabilidad, crítica o pensamientos catastróficos; llama la atención que las mujeres con peso normal tengan el mayor porcentaje de riesgo al utilizar esta estrategia de afrontamiento y tengan menor peso.

La estrategia de afrontamiento de *concentración en el problema* se refiere a que las perso-

nas hagan intentos activos para modificar su conducta, siendo las mujeres con peso normal las que emplean menos estrategias (El resto de las subescalas se muestran en la Tabla 2).

En el contexto social de México, los reportes consignan que en el año de 1989 la obesidad afectaba a 7% de la población adulta, y 29 años después a cerca de 73% (Uribe *et al.*, 2018); es decir, que en solo tres décadas el incremento fue de casi diez veces, lo que coincide con la entrada de modelo económico del neoliberalismo, la cual, al ser una ideología, no modifica únicamente la economía, sino que trastoca otras formas de pensamiento, y una de cuyas premisas fundamentales es que las personas se vuelvan consumidores. En consecuencia, los estilos de vida conocidos hasta entonces, así como los patrones de consumo y alimentación de la población, se modificaron a su vez. Se ha atribuido a las muy diversas comidas tradicionales de América Latina el descontrol en los índices de peso; no obstante, la comida tradicional de las distintas regiones alimentó durante generaciones a sus pobladores sin que hubiera el incremento de sobrepeso y obesidad que se aprecia en la actualidad.

Con la industrialización se han modificado los patrones de consumo cotidiano de las personas en México (Uribe, 1999; Uribe *et al.*, 2018); en las zonas de alta marginalidad la ingesta calórica también aumentó. Antes de los años noventa las personas en condición de pobreza tenían en su mayoría algún grado de desnutrición, pero hoy esta población registra sobrepeso y obesidad, no obstante lo cual es una población enferma. Aunque el padecimiento tiene ahora otra expresión (el incremento de la masa corporal), las personas afectadas por el sobrepeso y la obesidad no perciben que estas son, en efecto, enfermedades (Uribe *et al.*, 2018). A causa de la disponibilidad de productos industrializados de alto valor calórico y de la ingesta entre comidas, puede alcanzarse un consumo promedio de 1928 calorías de productos empacados y bebidas azucaradas por día (Uribe *et al.*, 2018).

Desde la perspectiva de la psicología clínica, a principios de la década de los noventa, cuando las políticas neoliberales se establecieron con fuerza y su máxima expresión fue una forma

reconocida de nuevas relaciones sociales en América Latina, irrumpe de manera coincidente en el ámbito de la salud pública una corriente que da paso a la psicología de la salud, fundamentada en lo que se conoce como psicología positiva. Así, aquella marca el quehacer de la disciplina, desconociendo a la vez a la psicología clínica por tener una visión pesimista sobre el comportamiento humano. Así, la psicología clínica tradicional es aniquilada al modificarle el nombre (Oblitas, 2008). De esta manera, se niega la tradición de la psicología científica, misma que mediante extensas publicaciones teóricas y de investigación había enriquecido de manera importante al cuerpo de conocimientos en campo de la salud-enfermedad para dar repuesta a dos nociones: la salud mental y la salud psicológica. Actualmente, esta orientación se discute en el ámbito académico y medios de comunicación, específicamente entre los trabajadores sanitarios españoles (Prieto, 2006).

Con la visión de la psicología positiva o de la salud se conforma una corriente de opinión y no una teoría científica, pues el fundamento de la propuesta va desarticulando la subjetividad de las personas y genera nuevas representaciones sociales sobre el concepto de sujeto. Cuando la investigación en torno a la psicología positiva comenzó, esta partió de dudosos estudios e impulsó publicaciones que destacaban sus bondades. Dicha postura se sometió a la investigación para presentarla como una psicología “científica” (Koepsel y Ruiz de Chávez, 2015), y en algunos profesionales de la psicología y en la población en general esta versión distorsionada se mantuvo y se reforzó con el auge de los libros de autoayuda (Papalini, 2010; Peredo, 2012).

Desde que, a finales del siglo XIX, la psicología se establece como una ciencia separada de la filosofía de manera formal con la publicación en 1895 de *Psicología de las masas*, de Gustav Le Bon, se perfila la idea de que todo aquello que ocurre en los seres humanos no es racional, y que hay afectos subyacentes en todo su quehacer. De ahí la importancia de Sigmund Freud (1856-1939), quien estructuró una manera de entender el modo en que funciona el hombre mediante una teoría que establece una concepción de lo humano, una técnica y una teoría de esta. La psicología

es quizás una forma de preservar la unión de una ciencia integradora; al ser una ciencia natural por su trabajo con humanos, una ciencia social por trabajar con esos humanos dentro su entorno grupal, familiar y social, y una ciencia reflexiva, pues sus explicaciones parten del método reflexivo de la filosofía, y específicamente de la sociología del conocimiento, que hace posible enriquecer no solo la psicología sino todas las áreas del conocimiento humano.

A finales del siglo XX se consolida el ingreso de la psicología positiva a la salud pública (Seligman, 2002). Los problemas de salud pública en las poblaciones latinoamericanas fueron creciendo y se convirtieron en un problema colectivo (Flores, 2006). Además del sobrepeso y la obesidad, enfermedades como la diabetes, la hipertensión, los problemas cardiovasculares y reproductivos aparecieron con mayor frecuencia. La orientación de la psicología positiva fue proliferando y produciendo una cantidad importante de obras en la búsqueda de nuevos consumidores de la felicidad, la cual se presentaba como una mercancía. En efecto, se prometía felicidad, pero no salud (Peredo, 2012).

Las aproximaciones pseudocientíficas proponen soluciones que dependen exclusivamente del lector mediante el control de sus emociones, sin indagar el origen de las sensaciones a través de la búsqueda de múltiples identidades con efectos pseudoterapéuticos. Con ello, bloquean la capacidad de simbolizar un problema de salud, negando el dolor y remplazándolo por un hedonismo: por un actuar, en lugar de pensar, al que se llega mediante las formulaciones inmediateistas, y sin la posibilidad de que dentro de sus representaciones mentales pueda establecerse la censura como un componente de reestructuración de la nueva condición. Tales aproximaciones buscan cambiar el pesimismo por el optimismo, ya que la realidad y la felicidad se encuentran en conflicto. Con esta orientación en la atención de la salud pública se registró un desproporcionado crecimiento de los problemas de salud, principalmente en las mujeres.

Asimismo, no puede infravalorarse el alcance de esta aproximación en lo que respecta a la formación y transmisión de ideas en gran parte de las sociedades occidentales durante las últimas

décadas. Es patente su consumo en América Latina durante los últimos años: en Brasil se pueden adquirir 235 títulos diarios; en México, 81; en Argentina, 76; en Colombia, 43, y en Chile, 40, en formato impreso y digital (Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe, 2020).

La autoayuda se presenta como la venta de una felicidad que niega los propios hechos, y de este modo se introduce en la cultura popular. ¿Por qué fue posible que estas orientaciones prosperaran de manera tan desproporcionada? La respuesta se puede resumir en dos vertientes.

La primera tiene que ver con las premisas sofisticadas con las cuales construyen su conocimiento. Dentro de la psicología positiva se menciona que el origen del pesimismo es genético, asociado al pesimismo y a la crítica de los padres, y la experiencia de dominio e incapacidad. Se propone una fórmula: $F = R + C + V$, donde F es el nivel de felicidad duradera; R , un rango fijo de felicidad (genético); C , las circunstancias de la vida, y V , el control de la voluntad (Seligman *et al.*, 2004). Lo anterior puede ser un ejemplo representativo de un sofisma que ha sido tan determinante que fundamentó los planteamientos de la psicología de la salud, aunque no proporciona estrategias de las intervenciones psicológicas que hagan posible revertir el rango fijo, sobre todo porque es de origen genético.

La segunda es la agnotología (Proctor, 2008), que es el estudio de la ignorancia o duda culturalmente inducida, especialmente la publicación de datos científicos erróneos o tendenciosos, de la cual se vale la psicología de la salud positiva para imponer su visión a todos los problemas de salud.

Paralelamente al incremento de los problemas de salud pública derivados de la obesidad y la diabetes, que se volvieron inmanejables, proliferaron los libros de autoayuda, una forma de pensamiento positivo que fue permeando en la sociedad mediante el consumo de las obras que comparten sus premisas, cuya negación de la realidad y reducción de la sensación de riesgo se adoptó como un estilo de vida. Como se ha mencionado líneas atrás, dicha propuesta desarticula la subjetividad de las personas y genera nuevas representaciones sociales sobre el concepto de sujeto (Jubany *et al.*, 1998).

El objeto de estudio de la psicología clínica es el psiquismo, es decir, el contenido del mundo afectivo, y puede observarse en forma individual o de manera colectiva. Lo psíquico es aquello que se va conformando mediante la crianza, y se encuentra entre lo biológico y lo social. Cuando un contenido social o biológico se inviste de afecto se convierte en un producto psicológico, como puede ser una representación. Debido a que el sobrepeso y la obesidad tienen múltiples orígenes —aunque pueden dividirse en dos grandes terrenos: el adquirido y el hereditario—, es necesario su abordaje desde distintas disciplinas, como todos los procesos de salud.

Se ha observado que tanto en el sobrepeso como en la obesidad hay limitaciones en el proceso de simbolización. Una persona con sobrepeso u obesidad que preserva la autoestima no permite generar la angustia necesaria para representarse como una persona enferma, y generar así los recursos de autocuidado para mantener la salud. Otra característica es que cuando los recursos adaptativos extremos, como la resiliencia, provocan la ruptura de límites que impone la enfermedad, se propicia una inserción social adaptativa al representarse como una persona sana, y debilita a la vez el proceso de simbolización al poner su vida afectiva en el exterior mediante actividades distractoras basadas en el hedonismo y la inmediatez con recursos artificiales derivados de las múltiples lecturas de la autoayuda (Rivera y Riveros, 2017).

La psicología clínica propone que un factor de cambio durante el tratamiento es que las pacientes puedan experimentar angustia con apego a la realidad, un recurso necesario para modificar los estilos de vida, y de esta manera puedan revertir los procesos de enfermedad (Arístegui *et al.*, 2009; Ciscar *et al.*, 1998). El cambio de las representaciones sociales mediante el tratamiento psicológico desde el abordaje clínico, con las premisas que han funcionado tradicionalmente para modificar los patrones de comportamiento y de autocuidado en torno a la enfermedad, en particular, el sobrepeso y la obesidad, puede propiciar el cuidado a la salud reproductiva, principalmente en las mujeres (Jodelet, 2008).

Citación: Carreño M., J., Mota G., C., Sánchez B., C. (2023). Obesidad en mujeres infértiles: una explicación desde la psicología clínica. *Psicología y Salud*, 33(2), 509-520. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2832>.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). APA.
- Anderson, K.M., Sharpe, D.S., Rattray, A. e Irvine D.S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal Psychosomatic Research*, 54, 353-355. Doi: 10.1016/s0022-3999(02)00398-7.
- Arenas, L., Jasso, J. y Campos, R. (2011). Autocuidado: Elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42-48. Doi: 10.1177/1757975911422960.
- Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J.I., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A. y Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 277-289.
- Arranz L., L., Ruiz O., J., Aguirre R., W., Gaviño G., F., Gaviño A., S. y Moreno G., D. (2009). Estrés percibido en mujeres a quienes se realizarán tratamientos de reproducción asistida y sus parejas. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(3), 17-20.
- Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe (2020). *Autoayuda, superación personal y religión, los libros que más se leen*. Bogotá: CEFLALC. Recuperado de <https://reporterohoy.mx/noticias/autoayuda-superacion-personal-y-religion-los-libros-que-mas-se-leen/>.
- Chau, C., Saravia, J.C. (2016). Conductas de salud en estudiantes universitarios limeños: validación del CEVJU. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(41), 90-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459646901009>.
- Ciscar, S., Perpiñá, C., Blasco, L. y Segura, M. (2019). Funcionamiento ejecutivo, afecto y autorregulación alimentaria en los trastornos alimentarios y la obesidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 1-11. Doi: 10.24205/03276716.2018.1083.
- Flores A., L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 681-693.
- García, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 282-288.
- Helard, M. (2017). Impacto de la obesidad en la salud reproductiva de la mujer adulta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 607-614.
- Jiménez I., L.C., Conde G., Y.S. y Torres T., J.A. (2020). Hipotiroidismo asociado con infertilidad en mujeres en edad reproductiva. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(5), 321-329. Doi: 10.24245/gom.v88i5.
- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y Representaciones Sociales*, 3(5), 32-63.
- Jubany, A., Elías, D. y Kosak, V. (1998). Perfil psicológico de los obesos. *Abreletras-Psicodiagnóstico*, 2, 72-86. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10915/51257>.
- Koepsel, D. y Ruiz de Chávez, M. (Eds.) (2015). *Ética de la investigación. Integridad científica* (pp. 31- 46). México: Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Lara E., C., Torres Y., C. y Moreno, M. (2012). Actitudes y hábitos ante la prevención. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(1), 11-17.
- Le Bon, G. (2018). *Psicología de las masas*. Verbum.
- Meza P., C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-11. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-3.aeom.
- Möncke, F. y Muzzo, S. (2015). La desconcertante epidemia de la obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 96-102.
- Muñoz N., E. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5(3), 391-401.
- Nowack, K.M. (2002). *Perfil de estrés*. El Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38.
- Ogueda F., J. y Barra A., E. (2017). Creencias compensatorias de salud: Implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento. *Psicología y Salud*, 27(2), 207-211.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. OMS.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Programa Mundial de Alimentos [WFP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2018). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala: Autores.

- Peredo M., A. (2012). En busca de la felicidad. Los libros de autoayuda. *Intersticios Sociales*, 4, 1-31.
- Prieto, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17(3), 319-338.
- Proctor, R.N. (2008). Agnotology: a missing term to describe the cultural production of ignorance (and its study). En R. N. Proctor y L. Schiebinger (Eds.): *Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance* (pp. 1-33). Stanford, CA: Stanford University.
- Rivera F., L. y Riveros R., A. (2017). Construcción y validación de un instrumento de consciencia de enfermedad para personas con sobrepeso u obesidad exógena. *Psicología y Salud*, 27(1), 103-115.
- Rodríguez G., J. (2019). Relación entre el estrés y la obesidad. *Entretextos*, 32(11), 32-42.
- Rodríguez J., E. y Oramas V., A. (2015). Empleo de indicadores bioquímicos en el estudio del estrés psicosocial laboral. Tendencias en la investigación. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 16(3), 69-75.
- Romero A., E., Brustad, R.J. y García, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2(2), 31-52.
- Segura G., R. (2015). El efecto de los factores estresantes en las mujeres. *Alternativas en Psicología*, 18(Núm. esp.), 35-47.
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.): *Handbook of positive psychology* (pp. 3-12). Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P., Parks, A. y Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 359(1449), 1379-1381.
- Tunc, O., Bakos, H.W. y Tremellen, K. (2011). Impact of body mass index on seminal oxidative stress. *Andrologia*, 43(2), 121-128. Doi: 10.1111/j.1439-0272.2009.01032.x.
- Uribe J., T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.
- Uribe, R., Jiménez, A., Morales, M.C., Salazar, A.A. y Shamah, T. (2018). Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 60(3), 254-262. Doi: 10.21149/8822.
- Papalini V., A. (2010). Libros de autoayuda: Biblioterapia para la felicidad. *Athenea Digital*, 19, Recuperado de <http://psicologia-social.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/722>.
- Rojas R., A.T. y García M., M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 3(45), 85-95. Doi: 10.15645/Alabe2019.20.1.