

Sobrepeso y Obesidad

Comer en exceso se ha convertido en un problema mundial. Tanto las opciones alimentarias como el peso corporal tienen una influencia decisiva sobre la prevalencia de la enfermedad y las tasas de mortalidad de la población. Un peso corporal elevado se caracteriza en particular por una mayor cantidad de tejido adiposo.

La obesidad conduce al desarrollo de numerosos problemas de salud adicionales:

- hipertensión (presión sanguínea alta)
- desórdenes cardiovasculares
- *diabetes mellitus* tipo 2 (diabetes de edad adulta)
- dislipidemia (desórdenes metabólicos)
- desórdenes de la hemostasis (coagulación sanguínea)
- gota
- cálculos biliares
- apnea del sueño (interrupciones en la respiración durante el sueño)
- enfermedad de hígado graso no alcohólico
- cáncer
- desórdenes de la piel
- desórdenes de los huesos y articulaciones
- problemas de fertilidad
- movilidad reducida y baja resistencia
- problemas psico-sociales

Prevalencia

Según el *II Estudio Nacional de Nutrición*, aproximadamente el 66% de los hombres y el 51% de las mujeres fueron clasificados como personas con sobrepeso u obesas en *Alemania* en 2006. Un mayor peso corporal está asociado con niveles inferiores de educación y con ingresos económicos bajos¹.

Con alrededor de 1.000 millones de personas con sobrepeso en todo el mundo, existen ya tantas personas con sobrepeso como desnutridas. Como consecuencia de los cambios en los hábitos de vida y de alimentación, unos 300 millones de personas en los llamados *países en vías de desarrollo* entran ya en la categoría de personas con sobrepeso².

El *Índice de Masa Corporal (IMC)* se emplea como método para definir los términos de peso bajo, normal, sobrepeso y obeso. Se calcula de la siguiente forma:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso corporal (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

La categoría de peso corporal asociada a la mayor esperanza de vida es la que se define como normal. Los pesos que entran tanto en la categoría de sobrepeso como en la de bajo peso están asociados con una esperanza de vida menor (ver *Tabla 1*). Quienes poseen un IMC mayor presentan un mayor riesgo de desarrollar desórdenes secundarios.

Tabla 1: Clasificación del IMC ³

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Mujeres	Hombres
<i>Bajo peso</i>	< 19	< 20
<i>Peso normal</i>	19 – 23,9	20 – 24,9
<i>Sobrepeso</i>	24 – 29,9	25 – 29,9
<i>Obesidad</i>	30 – 40	30 – 40
<i>Obesidad severa</i>	> 40	> 40

Las personas con depósitos grasos en la parte superior del abdomen (tipo “manzana”) están particularmente en riesgo de desarrollar desórdenes metabólicos y enfermedad cardiovascular. El riesgo de estas enfermedades secundarias asociadas al peso puede ser valorado fácil y significativamente midiendo la cintura. Si el perímetro de la cintura es mayor de 80 cm para las mujeres o 94 cm para los hombres, el riesgo se incrementa. Existe un riesgo considerablemente mayor de enfermedades metabólicas secundarias con medidas por encima de 88 y 104 cm respectivamente. Las personas con sobrepeso que tienen depósitos grasos en las caderas y muslos (tipo “pera”) presentan un riesgo menor de desarrollar desórdenes metabólicos y enfermedad cardiovascular.

Causas

La causa principal de la obesidad es un desequilibrio calórico a largo plazo, debido a un exceso en la energía ingerida con los alimentos y a una insuficiente actividad física. Sobre todo, el consumo regular de alimentos con alta densidad calórica contribuye al desarrollo de la obesidad. Lo que sucede en el vientre materno así como en la temprana infancia en relación con la nutrición puede proporcionar pistas en relación con la mayor incidencia de obesidad en ciertas familias. Los hábitos alimentarios se consolidan a una temprana edad, por lo cual los malos hábitos aprendidos pueden conducir al desarrollo de la obesidad a largo plazo. Con el consumo de golosinas o bebidas azucaradas, por ejemplo, como chupete o premio, los niños se acostumbran a estos tipos de alimentos y pueden perder sus mecanismos naturales de control, que determinan la ingesta de alimentos. Otros factores importantes sobre la incidencia de la obesidad son:

- predisposición genética
- consumo de alcohol elevado
- regulación del apetito perturbada
- desórdenes de glándulas hormonales
- factores constitucionales (edad, género)
- factores psico-sociales (dependencia de estímulos externos)
- factores sociales (circunstancias sociales, estatus socioeconómico)

Prevención y Tratamiento

La obesidad puede ser evitada ante todo mediante un estilo de vida preventivo personalizado. Tanto los padres en su papel de modelo como el entorno social durante la infancia son factores decisivos. También son necesarios cambios sociales para realizar la transición hacia una dieta más saludable y a hacer más ejercicio físico.

El objetivo del tratamiento de la obesidad es la reducción del peso corporal a largo plazo, lo cual conduce a la normalización de los valores sanguíneos y de otros indicadores de enfermedad. Como consecuencia de los múltiples factores que conducen a la obesidad, los programas con las mejores perspectivas de éxito combinan terapias de los campos de la nutrición, el ejercicio y la terapia conductual. Para asegurar el éxito a largo plazo, los cambios en los hábitos alimentarios también deben mantenerse después de alcanzar el objetivo de la terapia. Se obtienen buenos resultados con dietas vegetarianas basadas en verduras, frutas, cereales integrales y legumbres, que presentan una elevada densidad de nutrientes junto con una densidad calórica baja.

La Obesidad en los Vegetarianos

Las personas que siguen una dieta vegetariana tienden a presentar un peso corporal inferior y un IMC menor que la media de la población total, siendo los veganos los que presentan un IMC en la parte más baja de la escala, mientras que los valores van creciendo para los lacto-(ovo)-vegetarianos y quienes comen carne⁴. Los vegetarianos también padecen obesidad con menor frecuencia. Esto es debido a los efectos preventivos de la dieta vegetariana por un lado y al estilo de vida de muchos vegetarianos por otro lado.

La dieta vegetariana generalmente contiene una mayor proporción de carbohidratos complejos y fibra, así como menos proteínas y grasas, y por tanto proporciona menos calorías con el mismo volumen que una dieta omnívora. Debido a la mayor ingesta de fibra, se tiene más pronto la sensación de saciedad y dicha sensación es más duradera.

Los niveles nutricionales de ingesta calórica entre los vegetarianos generalmente se sitúan en el rango recomendado; entre los veganos dichos niveles son a veces bajos. Se puede registrar una ingesta calórica excesiva como resultado del consumo de productos lácteos grasos tales como mantequilla, nata o queso. Los vegetarianos generalmente presentan, sin embargo, una ingesta de grasa menor que la media. En los estudios, un IMC mayor se relaciona con una ingesta superior de proteína y grasas animales^{5,6}.

Además, los vegetarianos tienden a realizar ejercicio físico con más frecuencia y más regularmente que quienes siguen una dieta basada en carne⁷. Los vegetarianos a menudo poseen un nivel educativo mayor y tienden a ser más conscientes sobre los alimentos que consumen. Sin embargo, según las nuevas investigaciones, hay menos diferencias respecto al consumo de alcohol de lo que anteriormente se había dicho.

Resumen

- Los vegetarianos tienen por término medio un menor peso corporal y un menor IMC que los omnívoros.
- Los vegetarianos, en particular los veganos, rara vez sufren de sobrepeso u obesidad, lo cual reduce el riesgo de desarrollar numerosas enfermedades crónicas.
- Los vegetarianos son más activos físicamente que la media de la población.
- Una dieta basada en vegetales ayuda a prevenir la obesidad.
- Se puede poner en práctica una dieta vegetariana con buenas perspectivas de éxito en la terapia de la obesidad.

Author: Dr. Markus Keller (con la colaboración de Franka Schmidt) (VEBU)

Traducción: David Román

Referencias:

1. Max Rubner-Institut (Hrsg) (2008): Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht, Teil 1. Karlsruhe, S. 81, 88 und 90
2. FAO (Food and Agriculture Organization) (2006): Livestock's Long Shadow. Environmental issues and options. Rome, p. 10
3. Elmadfa I, Leitzmann C (2004): Ernährung des Menschen. Ulmer, Stuttgart, 4. Aufl., S. 519
4. Tonstad S, Butler T, Yan R, Fraser GE (2009): Type of vegetarian diet, body weight, and prevalence of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 32 (5), 791-6
5. Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ (2003): Diet and body mass index in 38000 EPIC-Oxford meat-eaters, fish-eaters, vegetarians and vegans. *Int J Obes Relat Metab Disord* 27 (6), 728-34
6. Sabaté J, Blix G (2001): Vegetarian diets and obesity control. p. 91-107. In: Sabaté J (ed). *Vegetarian nutrition*. CRC Press, Boca Raton, p. 103
7. Baines S, Powers J, Brown WJ (2007): How does the health and well-being of young Australian vegetarian and semi-vegetarian women compare with non-vegetarians? *Public Health Nutr* 10 (5), 436-42