

---

# Tratamiento nutricional y acupuntural de la obesidad

## Trabajo corto del Diplomado ACUPUNTURA Y MEDICINA TRADICIONAL CHINA



**TlahuiEdu A.C.**

**Estudiante: Irma Patricia Román López**

**Profesor: Mario Rojas Alba**

Monterrey, México, a 10 de Julio del 2011

©Tlahui: **Todos los Derechos Reservados.** La edición digitalizada de la tesina **Tratamiento nutricional y acupuntural de la obesidad**, del Diplomado de Temazcal y Medicina Tradicional Mexicana, de TlahuiEdu, de la autora Irma Patricia Román López, es una obra intelectual protegida por los derechos de autor reconocidos internacionalmente, igualmente en lo conducente por la legislación de México y Canadá, © *copyrights* a favor de Tlahui y el autor, quienes detentan los derechos exclusivos para su uso en la Internet, en disquetes, *compact-disk*, o en cualquier otra forma de explotación. Está prohibida y penada su copia, reproducción total o parcial en cualquier forma, esta copia es para el uso gratuito de los estudiantes inscritos a los cursos de TlahuiEdu, para los lectores de Tlahui ([www.tlahui.org](http://www.tlahui.org)) y público en general; está penada cualquier copia o uso con fines de lucro, y prohibida la transferencia por cualquier medio que no sea desde el sitio oficial de Tlahui. La inscripción a los cursos y diplomados se puede realizar en: <http://www.tlahui.com/educa7.htm>. Este trabajo puede solicitarse gratuitamente a [educa@tlahui.com](mailto:educa@tlahui.com).

**Advertencia / warning / avertissement / warnung:** Se advierte al lector que el autor y editor de esta tesina no se responsabilizan de los errores u omisiones, ni tampoco de las consecuencias que pudieran derivarse de la aplicación de la información contenida en esta obra; por esta misma razón, no se emite ninguna garantía, formal o implícita, sobre el uso y contenido de la publicación. Igualmente se informa que este material se edita sin fines de lucro y con el propósito de dar a conocer la medicina tradicional, en todo caso, la responsabilidad es sólo de quien le dé alguna aplicación.

## Introducción

En la actualidad diversos métodos “mágicos” para la reducción de peso salen al mercado, ofreciendo a la población la panacea para la obesidad, sin embargo, puede decirse que la mayoría de estos productos están basados mediana o nulamente en comprobaciones científicas y mayormente en una muy buena mercadotecnia y publicidad.

El reto del nutriólogo es mayor, ya que debe trabajar contra la corriente, ofreciendo métodos inocuos como tratamiento de la obesidad y con el fin primordial de educar en la modificación de los hábitos alimentarios de la sociedad actual, la cual ha sido arrastrada por un estilo de vida acelerado y estresante.

El estilo de vida ha generado un ambiente “obesigénico”, es decir, en cualquier área de nuestra vida y a cualquier hora del día podemos disponer de una amplia gama de alimentos y estos generalmente tienen un alto contenido calórico, aún en un volumen muy pequeño de producto. Por otra parte la ola tecnológica que ofrece diversas formas de entretenimiento y comunicación, ha propiciado también la disminución en la actividad física, tal es el caso de los niños con los videojuegos y que cada vez tienen menor interacción con otros niños en los parques, jugando con bicicleta, etc.

El presente trabajo pretende vincular dos grandes disciplinas encaminadas al cuidado de la salud, la nutrición y la acupuntura, con la finalidad de proponer un tratamiento integral de la obesidad y ser una alternativa viable para la población que sufre de obesidad e incluso sus comorbilidades más comunes, hipertensión y diabetes.

## **Antecedentes**

### **Obesidad, la pandemia que invade al mundo**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado a la obesidad como uno de los mayores retos para la salud pública del siglo XXI.

Desde 1980, los datos epidemiológicos muestran que la prevalencia de la obesidad se ha triplicado en muchos países de la región europea de la OMS. La obesidad es actualmente responsable del 2 al 8% de los gastos en salud y del 10 - 13% de los fallecimientos en diferentes partes de la región europea (OMS, 2008).

Hoy en día, 1.000 millones de adultos sufren de sobrepeso y, si no se hace nada para contrarrestarlo, hacia 2015 habrá 1.500 millones, incluyendo 22 millones de niños menores de 5 años.

La probabilidad de que el sobrepeso de un niño continúe durante su vida adulta varía con la edad del niño. Para niños que sufrieron sobrepeso o fueron obesos antes de la pubertad, del 20 al 50% sufrirá de sobrepeso como adulto, y esta cifra aumenta del 50 al 70% en los niños que sufrieron de sobrepeso u obesidad en la adolescencia.

Por consiguiente, una porción significativa de los niños obesos hoy en día se volverán obesos adultos, pero, desafortunadamente, en el momento de llegar a la edad adulta, estos ya han acumulado años de riesgo cardiometabólico. Están apareciendo nuevas patologías a edades más tempranas y, no obstante este fenómeno actualmente continúa siendo marginal, los niños están ya experimentado diabetes y enfermedades cardiovasculares, sin mencionar todas las complicaciones relacionadas con el sobrepeso.

Según la OMS, se estimó que, en 2005, de los 58 millones de fallecimientos por toda causa, las enfermedades crónicas (incluido infarto, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) serán responsables de 35 millones de fallecimientos. Este es el doble que el número de fallecimientos provocados por enfermedades infecciosas, condiciones maternas y perinatales y deficiencias nutricionales combinadas (OMS, 2004).

## **Justificación**

De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, en particular en la población adulta: 39.5% de los hombres y mujeres tienen sobrepeso y 31.7% obesidad. Es decir, aproximadamente 70% de la población adulta tiene una masa corporal inadecuada.

La norma oficial mexicana para el manejo integral de la obesidad advierte “ La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos”.

Por tal razón es un compromiso de todo profesional de la salud encaminar sus esfuerzos para disminuir la incidencia de esta enfermedad, utilizando conocimientos científicos, técnicos y experiencia, para proponer tratamientos eficientes y eficaces, multidisciplinarios y que promuevan en el individuo la voluntad de integrar en su vida conductas saludables, tales como: sana alimentación, actividad física, salud emocional y apego al tratamiento.

### **Objetivo general:**

Este proyecto tiene como finalidad proponer como tratamiento alternativo la combinación de la nutrición personalizada y la aplicación de acupuntura, para obtener un mayor éxito terapéutico en pacientes obesos.

## **Marco teórico**

### **Modelos del desarrollo de obesidad**

A lo largo de la historia del estudio de la obesidad, se han formulado distintos modelos teóricos para explicar el papel que juega la conducta de ingesta alimentaria en el desarrollo de la obesidad.

De manera sucinta, el primero de estos modelos, el modelo del abalance energético, explica que la mayoría de las obesidades son consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por el individuo y la cantidad de calorías gastadas por dicho individuo. Generalmente, este desequilibrio energético es consecuencia del consumo de dietas hipercalóricas y de insuficiente actividad física. El resultado de esta combinación es que el sujeto presenta un balance energético positivo que le conduce a que gradualmente gane peso.

El mantenimiento de un balance energético positivo durante un periodo prolongado de tiempo conduce a un incremento en la cantidad de tejido adiposo, bien debido a un aumento del tamaño de los adipocitos (hipertrofia), o bien debido a la proliferación de nuevas células grasas (hiperplasia). En la obesidad, además de los hábitos alimentarios, la dieta y los patrones de actividad física, también tiene gran importancia la tasa metabólica basal, la cual se ve afectada por los factores señalados.

La tasa metabólica basal de un individuo es bastante estable en el tiempo, pero se enlentece mediante la restricción alimentaria y se acelera mediante la práctica de ejercicio físico. Así pues los factores conductuales interactúan con otros de tipo biológico, como la herencia, la cual determina en gran manera el peso inicial de la persona.

A pesar de que el modelo del balance energético explica bastante bien el papel que juega la alimentación en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, es insuficiente, por lo que se han elaborado otros modelos que permiten entender mejor la complejidad del trastorno.

Así, la teoría del punto fijo (set point) permite explicar por qué los obesos que han seguido muchas dietas tienen, cada vez, mayores dificultades para perder peso. Esta teoría postula que cada individuo tiene un peso ideal (set point) que está biológicamente programado y mediante una serie de procesos reguladores se consigue mantener constante. La herencia determina de forma importante el punto fijo del peso del sujeto, el cual es influenciado por la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica.

Además del balance energético y del set point, es necesario encontrar explicación de por qué las personas con sobrepeso comen más de lo que gastan, aun a sabiendas de que les conduce a ganar peso.

El modelo conductual del aprendizaje recoge los aspectos motivacionales que justifican por qué el obeso mantiene las conductas de sobreingesta y sedentarismo. La conducta de ingesta, una de las principales implicadas en el balance energético, es seguida, a corto plazo, de un importante y potente número de refuerzos positivos, como por ejemplo, la disminución del hambre percibida y/o la satisfacción y placer por el alimento consumido, además de la desaparición de las rumiaciones y urgencia por consumir un alimento; solamente a largo plazo se obtienen consecuencias negativas como el incremento de peso, el posible rechazo social y/o la aparición de problemas de salud asociados al incremento de peso. Estas consecuencias positivas a corto plazo hacen que la conducta de sobreingesta se mantenga.

Finalmente, los efectos de la ansiedad sobre la ingesta han sido estudiados bajo la hipótesis de la ingesta emocional. Inicialmente se planteó que la sobreingesta era una conducta aprendida utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad, el obeso puede confundir estados emocionales internos con sensaciones de hambre, teniendo una ingesta inadecuada como consecuencia de esta falta de discriminación.

Así mismo, se pone de manifiesto que en los obesos, la conducta de ingesta está inducida por el estrés y que, debido a la falta de discriminación entre respuestas emocionales y hambre, comen de forma inadecuada en respuesta a la activación emocional, manteniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que a su capacidad de reducir el estrés.

## **Elementos centrales para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y obesidad**

1. Reducir la ingestión de energía
2. Consumir alimentos de baja densidad energética
3. Estructurar el consumo de alimentos
4. Aumentar la actividad física y el ejercicio

### **1. Reducir la ingestión de energía**

El tratamiento dietético de la obesidad requiere restringir la ingestión de energía, con el deberá ingerir menos energía, en comparación de la que gasta día a día. Los estudios que han comparado distintas dietas (equilibradas en su contenido de hidratos de carbono, grasas y proteínas, o bien predominantemente bajas en hidratos de carbono o lípidos) a los 3 y 6 meses de llevarlas a cabo, muestran que, si bien existen pequeñas diferencias en la respuesta en pérdida de peso corporal durante los primeros 3 meses, estas diferencias desaparecen luego de 6 meses de tratamiento, al cabo de los cuales la pérdida de peso alcanzada es similar, irrelevantemente del tipo de dieta.

Esto ha llevado a los expertos –sin conflicto de interés- a concluir que lo que determina la pérdida de peso corporal es la restricción de energía más que la composición de la dieta. Lo anterior sin dejar de lado a que la densidad energética de los alimentos es muy importante para lograr la adherencia a los cambios en los hábitos alimentarios propuestos de manera sostenida al propiciar mayor saciedad y en consecuencia mayor apego a la dieta.

Estos conceptos son muy importantes porque distintos grupos de pseudo profesionales y charlatanes aseguran que las dietas que ellos prescriben son más eficaces que ninguna otra. Además con frecuencia rodean su propuesta de conceptos que usan un lenguaje más o menos científico y más o menos extravagante para hacer creer a los pacientes que su opción ofrece algo más; es decir, que será más eficaz.

Lo nocivo de estas propuestas reside en que impiden al individuo hacerse cargo de su tratamiento. Le confunden y le dejan en una posición frágil por que le dificultan comer adecuadamente en un sinnúmero de circunstancias sociales, lo que en el mediano plazo le lleva a abandonar la dieta, sin haber alcanzado a comprender la necesidad de poner en práctica conceptos simples tales como reducir el tamaño de las porciones y el consumo de líquidos azucarados o buscar los alimentos, productos o platillos con menos densidad energética.

## **2. Consumir alimentos de baja densidad energética**

La saciedad es una necesidad primaria de los individuos. Vivir con la sensación de hambre es insostenible. Del conocimiento sobre la cantidad de energía que proporcionan los distintos alimentos surge el concepto de densidad energética de los alimentos. Este concepto hace referencia a la cantidad de energía que contiene un alimento en relación con su peso o volumen. La densidad energética de un alimento depende la cantidad de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, agua y fibra que contiene. De todos los componentes de los alimentos, los lípidos son el elemento que contiene más energía por unidad de peso. Así, los alimentos ricos en grasas proporcionan más energía en poco volumen. En contraste los alimentos ricos en agua y fibra como las hojas verdes de las ensaladas, y en general todas las verduras y frutas (aunque estas últimas en menor grado que las verduras), tienen una baja densidad energética, lo que permite que se puedan consumir grandes cantidades, obteniendo saciedad sin haber ingerido grandes cantidades de energía.

En una dieta correcta abundan alimentos de baja densidad energética, por eso el individuo que la consume experimenta saciedad sin excederse en la cantidad de energía en relación con su gasto y, de esta forma, le es posible mantener su peso corporal.

## **3. Estructurar el consumo de alimentos**

Los estilos de vida adoptados en las últimas décadas han desplazado el consumo estructurado de alimentos. Todas las propuestas terapéuticas exitosas comienzan por establecer los momentos de consumo. Las nuevas costumbres de consumir alimentos en todo sitio y a toda hora y la constante disponibilidad de una amplísima de alimentos y productos industrializados, entre los que se encuentran las botanas, las golosinas y las



bebidas azucaradas han determinado que el individuo coma, en el momento que le apetece, productos que generalmente tienen un valor energético muy elevado, mismo que ni siquiera puede reconocer.

#### **4. Aumentar la actividad física y el ejercicio**

Estos hábitos difícilmente propician pérdidas de peso corporal, a no ser de que se acompañen de dietas para tal propósito; sin embargo, por si mismos son un elemento central del tratamiento por que conducen a:

- **Una mejor composición corporal:** esto es, a un aumento de la masa muscular y a una disminución de la grasa del cuerpo. Así, aún sin que ocurra una pérdida de peso, el metabolismo mejora de manera clara. Por ello si se acompaña de una dieta baja en energía el beneficio de ésta en la pérdida de peso será mayor.
- **Un mejor estado emocional:** se ha demostrado que el individuo que practica ejercicio tiene menor frecuencia de trastornos relacionados con la ansiedad y depresión.
- **Un estado de mayor motivación:** los individuos que hacen ejercicio de manera regular están ya en proceso de cuidar su cuerpo y su salud. Por ello reducir la ingestión de algunos alimento se presenta como una necesidad natural para perder peso.

Como parte de las acciones para aumentar la actividad física se ha demostrado que resulta eficaz disminuir al máximo los tiempos de ver televisor y el uso de video juegos y sustituirlos por actividades al aire libre. El ejercicio debe ser el adecuado para el estado físico de cada individuo. En los individuos que no lo practican habitualmente su inicio debe ser muy gradual para evitar situaciones de riesgo de lastimaduras o problemas cardiovasculares.

## Criterios de diagnóstico de obesidad

### IMC (índice de masa corporal)

El parámetro que se utiliza con más frecuencia en estudios epidemiológicos para valorar el sobrepeso u obesidad es el índice de masa corporal (IMC), que se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso en kg}}{\text{Talla (m)}^2}$$

El cálculo del IMC se considera la medición más útil para determinar la existencia de obesidad en el individuo. Puede utilizarse para estimar la prevalencia de obesidad dentro de una población y los riesgos relacionados con ella.

El IMC determina la frecuencia de la obesidad de una población; sin embargo, no establece la diferencia entre el peso asociado al músculo y el relacionado con la grasa corporal, esto es, se considera la distribución de grasa en el cuerpo, que tiene una influencia con los riesgos a la salud.

| Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC Índice de Masa Corporal |                          |                     |
|--|--------------------------|---------------------|
| Clasificación  | IMC (kg/m <sup>2</sup> ) |                     |
|  | Valores principales      | Valores adicionales |
| <b>Infrapeso</b>   | <b>&lt;18,50</b>         | <b>&lt;18,50</b>    |
| Delgadez severa  | <16,00                   | <16,00              |
| Delgadez moderada  | 16,00 - 16,99            | 16,00 - 16,99       |
| Delgadez aceptable   | 17,00 - 18,49            | 17,00 - 18,49       |
| <b>Normal</b>  | 18.5 - 24,99             | 18.5 - 22,99        |
|  |                          | 23,00 - 24,99       |
| <b>Sobrepeso</b>   | <b>≥25,00</b>            | <b>≥25,00</b>       |
| Pre obeso  | 25,00 - 29,99            | 25,00 - 27,49       |
|  |                          | 27,50 - 29,99       |
| <b>Obeso</b>   | <b>≥30,00</b>            | <b>≥30,00</b>       |
| Obeso tipo I   | 30,00 - 34,99            | 30,00 - 32,49       |
|  |                          | 32,50 - 34,99       |
| Obeso tipo II  | 35,00 - 39,99            | 35,00 - 37,49       |
|  |                          | 37,50 - 39,99       |
| Obeso tipo III mórbido   | ≥40,00                   | ≥40,00              |

## Obesidad relacionada a la circunferencia de cintura

En la actualidad, la medición de la circunferencia de cintura medida en el punto entre el borde inferior de la última costilla y la cresta iliaca se relaciona con la grasa abdominal y con riesgos para la salud a nivel metabólico y cardiovascular. Por tanto, está unificado en adultos al tomar las referencias del IMC y de la circunferencia de cintura y los riesgos existentes de complicaciones metabólicas.

### Puntos de corte de circunferencia de cintura que denotan riesgo de complicaciones metabólicas

| Riesgo  | Aumentado | Muy aumentado |
|---------|-----------|---------------|
| Hombres | ≥94 cm    | ≥ 102 cm      |
| Mujeres | ≥80 cm    | ≥ 88 cm       |

Fuente: Han TS et al:British Medical Journal, 1995;311:1401-1405

## Obesidad relacionada con la distribución de grasa corporal

La distribución de grasa corporal se clasifica en tipos androide y ginecoide. La distribución de grasa androide también se denomina masculina, abdominal, central, visceral, de la parte superior del cuerpo o en forma de manzana. Este tipo de obesidad se relaciona con mayor frecuencia a problemas de salud, entre ellos se encuentra la resistencia a la insulina, que es un factor de riesgo para el síndrome diabético. La obesidad androide también se correlaciona con alteraciones metabólicas y cardiovasculares, como repercusiones sobre la glucemia, hipertrigliceridemia, con disminución de las HDL (lipoproteínas de alta densidad), aumento de las LDL (lipoproteínas de baja densidad) e hipertensión arterial.

La distribución de grasa ginecoide se conoce también con los términos de femenina, glúteo-femoral, periférica, subcutánea, de la parte baja del cuerpo o en forma de pera. La mayor acumulación de tejido adiposo en la obesidad ginecoide se localiza en el abdomen inferior, glúteos, caderas y muslos.

## Obesidad y riesgos para la salud

El concepto de obesidad ha cambiado con los años, fue a partir de 1948 cuando se consideró como una enfermedad. El exceso de peso y la obesidad se consideran factores de riesgo en términos epidemiológicos para diversas enfermedades:

- a) **Obesidad y diabetes:** en México, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (1993), informó que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 se incrementa de forma importante con el incremento del IMC.
- b) **Obesidad y trastornos vesiculares:** las enfermedades de la vesícula biliar (colecistitis y colelitiasis), se relacionan con el exceso de peso debido a los cambios en el metabolismo hepático, los cuales inducen a una mayor excreción de colesterol hacia las vías biliares. Las mujeres multíparas y con sobrepeso son en especial susceptibles al desarrollo de cálculos vesiculares y otras enfermedades de la vesícula biliar.
- c) **Obesidad y cáncer:** la relación entre exceso de peso y cáncer aún no está comprendida; sin embargo, la incidencia de cáncer de endometrio, mama, colon y vesícula biliar aumenta en mujeres obesas, en tanto que los hombres obesos sufren con más frecuencia cáncer de colon y próstata. El aumento en la producción de compuestos estrogénicos, debido a la conversión de la androstendiona en estríol en el tejido adiposo por la aromatasa, puede explicar en parte este aumento del riesgo de cáncer.
- d) **Obesidad y trastornos psicológicos:** la obesidad también afecta a los individuos a nivel psicológico, dado que la apariencia corporal y su aceptación en su grupo social, influye en muchos casos sobre la autoestima y auto aceptación.
- e) **Obesidad y trastornos del sueño:** se han relacionado de manera directa con la obesidad alteraciones como la apnea del sueño, al ser esta más frecuente en los hombres, la obstrucción intermitente de las vías aéreas por la noche, provoca un sueño irregular y se reduce la oxigenación. Para compensar esta situación, aumenta la somnolencia durante el día, así como la hipoventilación.
- f) **Obesidad e hipertensión:** el riesgo de padecer hipertensión arterial aumenta hasta tres veces en las personas con obesidad extrema (IMC de 40), hasta dos veces en las personas con obesidad moderada (IMC de 32.5) y 60% en las personas con obesidad leve (IMC de 27.5). Una situación similar se observa en el

caso de diabetes tipo II. Estas diferencias del riesgo de padecer enfermedades repercute en las diferencias sustanciales del costo del tratamiento médico de la obesidad y sus problemas concomitantes.

**g) Obesidad y dislipidemias:** Es importante recalcar que la gordura per se, sin separarla del grado de obesidad (sobrepeso contra obesidad) o distribución (central vs periférica) exhibe un efecto de dosis-respuesta en los lípidos sanguíneos, específicamente como un aumento de VLDL, TG y colesterol, y un incremento relativo en las partículas densas y pequeñas de LDL. En promedio, mientras más grasa, mayor posibilidad de que un individuo se vuelva dislipidémico y exprese más elementos del síndrome metabólico. Sin embargo, gramo a gramo, los adipocitos exhiben su impacto más evidentemente deletéreo cuando se localizan centralmente. En comparación a la grasa periférica, la grasa central es resistente a la insulina y recicla ácidos grasos más rápidamente a través de la lipólisis.

## **Tratamiento nutricional en la obesidad**

Las dietas bajas en calorías se recomiendan para la pérdida de peso en personas obesas o con sobrepeso. Disminuir la grasa en la ingesta dietética es favorable, pero debe acompañarse con restricción calórica.

Una dieta que se planea en forma individual para ayudar a crear un déficit de 500 a 1000 kilocalorías al día, debe ser parte integral de cualquier programa enfocado en lograr una pérdida de peso de 250 a 500 g por semana.

El objetivo inicial de pérdida de peso debe ser reducir el peso corporal en un 10% respecto del peso actual, si se tiene éxito es posible continuar disminuyendo peso previa valoración.

## **Actividad física**

La combinación de una dieta reducida en calorías y el incremento de la actividad física es muy recomendable dado que produce pérdida de peso que también puede resultar en una disminución de grasa abdominal y mejoría de la condición cardiorespiratoria.

La actividad física se recomienda como parte de un tratamiento integral de pérdida de peso y programa de control de peso porque:

- Contribuye en forma discreta a la pérdida de peso en adultos con sobre peso y obesidad.
- Reduce la grasa abdominal.
- Aumenta la condición cardiorespiratoria

Al inicio deben fomentarse niveles moderados de actividad física de 30 a 45 minutos, 3 a 5 veces por semana. Todos los adultos deben fijar una meta a largo plazo para acumular cuando menos 30 minutos o más de actividad física moderada e intensa en la mayor parte de los días de la semana, de preferencia en todos.

### **Terapia conductual**

La terapia conductual es un coadyuvante útil cuando se incorpora al tratamiento de pérdida y mantenimiento de peso.

Los profesionales de la salud necesitan valorar la motivación del paciente para ingresar a un programa de pérdida de peso, hay que valorar la disposición del sujeto para instituir el plan y después adoptar los pasos adecuados para alentar al paciente a seguir el tratamiento.

### **Tratamiento acupuntural de la obesidad**

La acupuntura es un método de origen chino, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de diversos padecimientos. Este método consiste en introducir agujas metálicas en puntos específicos de la piel. Estos puntos se ubican de acuerdo a los meridianos en donde circula la energía vital, y al pinchar sobre ésta se tiene como objetivo mejorar el funcionamiento del órgano que se encuentra afectado y que está relacionado con los meridianos.

La obesidad puede ser tratada al pinchar el punto del estómago (E), Yangming del pie, debido a que este puede reducirse y por lo tanto disminuir la cantidad de alimentos, así mismo puede mejorar la digestión, otro punto que puede combinarse es el de la tiroides ya que mejora notablemente el metabolismo ayudando a disminuir la acumulación de grasa.

## **Puntos de acupuntura que pueden combinarse para tratar algunas complicaciones de la obesidad.**

**Constipación:** es común en personas con obesidad la presencia de estreñimiento intermitente, tanto por la falta de fibra dietética (consumo disminuido de granos enteros, frutas y verduras), así como de la mínima o nula ingesta de agua natural.

Por tal razón sería conveniente estimular el punto del intestino delgado (ID) Taiyang de mano, para mejorar el proceso digestivo del paciente con obesidad.

**Colitis:** en la actualidad un alto porcentaje de las mujeres presentan síntomas de colitis y que generalmente se relacionan con el tipo de alimentación y el estrés. Será conveniente en pacientes obesos que presenten síntomas de colitis, pinchar los puntos V22, V25, V27, E25, IG10, E36, IG4 y VC6. Con una sesión cada 24 horas durante 7 días.

**Diabetes:** desafortunadamente la alta incidencia de obesidad es un factor mayor de riesgo para el desarrollo inicial de intolerancia a la insulina y culminación en diabetes, por lo que es de importancia relevante el tratamiento conjunto de obesidad y diabetes.

Cuando sea el caso, el tratamiento acupuntural de diabetes debe aplicarse con la estimulación de los puntos V20, V23, VC4, V17, V26, V28, V29, V31, V32, V33, V34, E36, BP6, R5, V50 y C6.

**Hipertensión arterial:** otra de las comorbilidades de la obesidad es la hipertensión arterial, misma que se puede tratar pinchando los puntos R3, V23, H2 y V18.

## Conclusión

La obesidad debe ser tratada como una enfermedad, dejando de lado el sentido estético, ya que el exceso de peso conlleva a una serie de complicaciones metabólicas, que en el largo plazo causan al individuo un gran deterioro en la calidad de vida.

Al ser la obesidad una enfermedad de dimensiones descomunales a nivel epidemiológico, debe ser contrastada con medios terapéuticos seguros y eficientes, que no solo tengan como objetivo la reducción de peso, sino, que promuevan en el individuo la conciencia de que esta enfermedad es una responsabilidad mayor de quien la padece respecto del que la trata, haciendo énfasis en un manejo integral y multidisciplinario en el cual siempre será importante la participación del nutriólogo, el médico, psicólogo y acondicionador físico.

En lo que concierne al manejo nutricional, es ideal combinarse con la técnica acupuntural para obtener un mejor resultado terapéutico y ofrecer una alternativa inocua y de muy buenos resultados en el manejo no solo del exceso de peso sino también de las enfermedades relacionadas con éste.



## Bibliografía

Esquivel/Martínez, Martínez. (2005). Nutrición y salud. (2ª. Ed.). México: Manual Moderno.

Escott-Stump, S. (2010). Nutrición, diagnóstico y tratamiento. (6ª. Ed.) México: Wolters Kluwer Health.

García-García E, Kaufer-Horwitz, Pardío J, Arroyo P. La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento. Editorial Médica Panamericana. México.

Libros electrónicos de la Escuela Tlahui, diplomados de acupuntura.

Sandler, T. (2001). *Langman Embriología médica con orientación clínica*. (9ª. Ed.). México: Editorial Médica Panamericana.