



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# Consideraciones antropológicas de la OBESIDAD INFANTIL

por el Dr. Aquilino M. POLAINO LORENTE

Profesor Encargado de la Cátedra de Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.

## INTRODUCCION

Una de las primeras razones que pueden aducirse, por las que los factores psicológicos resultan imbricados en los problemas de la obesidad es esa nota de atonía, de adinamia y de desgana, que para la actividad muestran, en modo excesivo, los obesos.

Ahora bien, estas notas aunque nazcan de la corporalidad, y tengan allí su hábitáculo más palpable, se viven en la personalidad toda, hundiendo sus raíces por tanto en la vertiente psicológica del hombre. Por esto hemos adjetivado nuestra excursión con el término antropológico. Sus vivencias, además, se hacen mucho más profundas, cuando, por ejemplo, se intenta de repente comenzar la difícil conquista del adelgazamiento, sin un método que aglutine en su seno las perspectivas psicológicas. He aquí la razón importante que nos decidió a redactar este artículo.

Se abusa hoy a manos llenas de la psicología y de la psiquiatría. La progresión desenfadada de estas ciencias noveles, amenazan con invadir casi todos los campos en donde esté presente el hombre. Nuestro intento no quisiera ser uno más que caminase por esos derroteros abusivos. De aquí que pretendamos analizar lo psicológico y lo biológico en constante diálogo, como se da en la unidad del hombre. Adviértase por ello el importante lugar que lo biológico de este problema ha de ocupar, sin marginar por ello a los factores psicológicos, que sería tanto como mutilar inevitablemente el despliegue eficaz del mismo.

Observaremos, aunque de un modo suscitino, los principales factores biopatológicos, psicológicos y culturales, que se dan cita en el caso muy particular de la obesidad infantil, entendida ésta de un modo muy amplio.

Por último, pasaremos revista a las distintas modalidades terapéuticas existentes en la actualidad, desde el lugar de observación que nuestra experiencia personal nos brinda, estando abiertos a la experiencia de otros autores.

Enfocar lo complejo de la obesidad desde el sencillo radical de lo que se ha dado en llamar «enfermedades por sobrecarga», supone siempre reducir su esencia a una dimensión accidental, abaratada, degradada, y por tanto inauténtica.

La obesidad encierra una concepción plurifactorial innegable que sólo puede resolverse desde una confrontación antropológica integradora, incluso de los aspectos sociológicos y del comportamiento alimentario. Es precisamente sobre estos aspectos sobre los que se monta la penosa resistencia del adelgazamiento, tan difícil, de resolver, y a cuya responsabilidad se debe gran parte de la prolongación desesperanzada de los tratamientos.

La fisiología del adipocito ha alcanzado recientemente una especial importancia significativa, en cuanto transformadores de los hidratos de carbono en grasa. La glucosa, una vez que ha penetrado en el adipocito, sigue el camino metabólico de la hélice de Lynen, convirtiéndose en ácidos



grasos. Esta línea investigatoria además de soslayar la complejidad del problema a un nivel bioquímico, resulta que justifica plenamente la importancia de otros factores culturales. Por eso el lector encontrará en este artículo una referencia concreta.

## LA OBESIDAD INFANTIL

También en la alimentación infantil hunden sus raíces los modelos culturales establecidos. Los pediatras tienen sobrada experiencia de haber dado cabida en sus consultas a madres aprensivas que llevan allí a sus hijos «por que no prueban bocado», suelen decir con un cierto deje de amargura. Se hizo tradicional que los niños sanos tenían que ser niños gruesos, sin reparar en la contradicción que al fin la ciencia ha desvelado.

Según unas estadísticas recientes de WOLFF (1965), el 80 % de los niños obesos, acabarán siendo adultos obesos. No se puede afirmar, al menos en grado absoluto, que los obesos sean más propensos, por lo general, que los delgados a padecer enfermedades incurables.

Pero si se ha demostrado, que la incidencia de enfermedades respiratorias es más abundante en los niños obesos que en los delgados (TRACEY, 1971). Algunos adolescentes simulan padecer el síndrome de PICKWICK. Por su gran obesidad abdominal se eleva el diafragma, dificultando el recambio respiratorio, cuyas consecuencias son la hipoxia y una mayor concentración de anhídrido carbónico en la sangre arterial. El desenlace último de estos casos dejados a su curso, es la insuficiencia ventricular derecha, acompañada de cianosis y somnolencia, que exigen con cierta urgencia la intervención médica y el uso de digital, diurético, etc.

También la hipertensión es aquí más frecuente (LONDE, 1971). En el obeso suele existir una mayor producción de hidrocortisona, que sería la directa responsable de la hipertensión y de las estrías que a veces se observan en el abdomen de estos niños.

Otra complicación frecuente de la obesidad infantil es la arteroesclerosis (FILER, DRASH, 1972), por depósito de las grasas en forma de filamentos en las paredes de los vasos, así como por el aumento del colesterol y de las beta lipoproteínas de la sangre.

Las ginecomastias y la conformación adiposa simulan en otras ocasiones un cuadro de hipogenitalismo que angustia a los padres. La reducción de peso evidencia con relativa rapidez lo falaz de la preocupación. Las complicaciones ortopédicas también se hacen presentes. La carga excesiva de peso, no muy frecuentemente, ha llegado a producir casos de genu valgo, coxa vara o dislocación de la cadera.

En el niño obeso se ceba todavía más el agudo espíritu malicioso de sus compañeros escolares, acuñando apodos y mote que pueden contribuir a hacer amarga la vida escolar en sus primeros estadios.

A veces, las causas de la timidez infantil, se dejan reconocer muy bien en estos caracteres. Otras, son las madres, precisamente, que se alegran de que sus hijos se «crearan hermosos» —sinónimo de gordos—, siendo el orgullo que se mostraba a las visitas amigas, al llegar a la pubertad comienzan todo un calvario lleno de preocupaciones, porque sus hijas e hijos continúan engordando.

Les gustaría ahora que sus hijos adelgazaran en un periquete. Pero la biología que tiene su ritmo propio, no se deja doblegar ante la demanda ansiosa y urgente tantas veces, de las madres.

De una parte, la obesidad precoz (esa que es estimulada desde el cariño de la madre), amplía las posibilidades de cargar grasa del tejido adiposo. De otra, la huella dejada por la sobrealimentación a la que es sometido el niño, andando el tiempo, puede llegar a condicionarlo fisiológica y psicológicamente, haciendo de él un obeso a perpetuidad. La imposibilidad de reducir el peso en el adolescente, origina un doble conflicto familiar. El niño sufre entre las exigencias irritantes de su madre y su forzada necesidad de ingresar cantidades excesivas de alimentos.

La madre, cansada de ordinario por haber preparado tantos regímenes de adelgazamiento que no son seguidos estrictamente por sus hijos («te lo saltas a la torera», suelen decir enfáticamente), acaba desesperada, por renunciar a la meta que aspiraba. El enturbiamiento de las relaciones se hace cada vez más espeso, llegando en algún caso a poner una distancia insalvable, aunque no definitiva, entre el hijo y la madre. El claroscuro de la paradoja no tiene aquí su límite. Trasciende al ámbito cultural. La pediatría más tradicional, y la psicología de la última hora, parecen haberse estrechado la mano en un acuerdo profundo en relación con este problema.

En un experimento llevado a cabo, hace algún tiempo, en Estados Unidos, se puso bien a las claras el resultado de este acuerdo.

Abandonados un buen número de chicos a que se alimentaran a su antojo, se observó que en los primeros días de la recién estrenada situación, muchos de ellos enfermaban de colitis, empachos, etcétera.

Tarnscurrido ese primer tiempo, y vencido el ansiado sibirismo, cada chico tomaba exactamente la comida que necesitaba para su equilibrio biológico, así como la cantidad precisa. Si en un primer estadio abusaron de la libertad concedida, consumiendo exclusivamente un determinado alimento, luego espontáneamente cambiaron su rumbo, hasta acuñar por sí mismos una fórmula dietética equilibrada.

Este dato demuestra una vez más, que la educación —incluso alimentaria—, no debe ser jamás rígida.

Las excesivas preocupaciones de las madres en estas ocasiones resultan desmedidas y contraproducentes. Sin embargo, es preciso admitir la necesidad de la actitud vigilante que regula a cierta distancia esa educación en la libertad, que en ningún modo —si se fundamenta en la libertad— podrá devenir en lo caprichoso de los niños o de los adultos. La educación no viciada viene a coincidir, de este modo, con la naturaleza. En el seno de esa actitud debe estar presente el cuidado amoroso que salga oportunamente al paso del otro exceso, de la delgadez tan frecuentemente anhelada por las jóvenes adolescentes («guardar el tipo», «guardar la línea», etc., son frases de uso diario), no importa a qué precio conquistada, a la que otro día dedicaremos algunos comentarios. Otro detalle. En ocasiones, los medios de información han sacado a la palestra (angustiando en exceso a lectores persuasivos), el grave problema del hambre en el mundo. Usando de estadísticas poco científicas —estamos en la época de una nueva fe, la del superdato amenazador del original pensamiento—, se llegaba a la conclusión de que casi dos terceras partes de la población mundial pasaban hambre, por lo que era necesario —la conclusión se dibujaba con esa claridad meridiana del efecto que está producido por una sola causa—, limitar el número de nacimientos. Se interpretaba, de esta suerte, unilateralmente el principio hoy al uso de la «paternidad responsable».

Mientras que una parte de la población sufre a consecuencia de la mal nutrición, resulta indiscutible que otra proporción cada vez más creciente de los habitantes de la geografía del desarrollo, consultan a su médico o se autorrecetan fármacos por el sufrimiento de la obesidad. Pues bien, la cuestión del hambre tiene otras dimensiones. Las bases fundamentales de los datos estadísticos, aparentemente tan coherentes —se ha llegado a decir de la estadística que es la forma legal y científica de la mentira—, han sido tomadas con un criterio, que resulta inválido.

Se ha calculado en base a las calorías consumidas por los habitantes de países altamente desarrollados. Se ignora de esta manera el grave problema que a nivel alimentario y médico tienen planteados estos países. Un botón de muestra es el aumento de diabéticos, a causa de un excesivo consumo de azúcar, amén de las influencias stressantes del estilo de vida que hoy impera. Otro, todavía más peligroso y convincente, es el excesivo y patológico consumo de alimentos en estos países.

Hasta tal extremo es esto así, que una institución nada sospechosa como el Inter-Society Commission for Heart Disease Resources, en los Estados Unidos, está en la actualidad tan gravemente preocupada por las actuales tendencias a la sobrealimentación, que ha comenzado desde hace ya algún tiempo, una campaña encaminada a recomendar un cambio inmediato en los hábitos dietéticos de la nación, con el fin de prevenir el excesivo y alarmante aumento de las enfermedades cardíacas que, por esta causa entre otras, se está produciendo.

Parece claro al fin, que la preocupación desmedida de tantas madres para que sus hijos aumenten de peso, además de excesiva, resulta patológica y contraproducente.

Un caso particular muy importante dentro de la obesidad infantil, lo constituye el de los niños subnormales obesos.

Acaso sea aquí donde los problemas afectivos protagonicen mejor el cuadro. Los padres compensan el cariño del subnormal mediante la hiperalimentación, o al menos, mediante una libertad sin regular por la responsabilidad, que permite al enfermo comer todo lo que quiere, y sobre todo, cuando quiere.

Se contribuye así, al permitir al niño satisfacer sus caprichos alimentarios, a una obesidad anormal, la cual se ve ampliada al reducirse simultáneamente el nivel de exigencias respecto del ejercicio físico que tanto le beneficiaría.

De hecho hoy se está empleando un buen grupo de métodos, al parecer esperanzadores, cuyo fundamento no es sino el de la rehabilitación por vía de la psicomotricidad.

En otras ocasiones, sobre todo al principio de diagnosticarse la enfermedad, y cuando los padres aún no acaban de aceptarla, se cree que la debilidad mental podrá ponerse remedio si al chico se le hiperalimenta. Dicho prejuicio psicológico recuerda en parte aquel otro de las abuelas de antaño, que cuando se acercaban los exámenes finales de sus nietos, les administraban una dieta hiperclórica (medidas de sobrealimentación como ponches, mucha leche, etc.), convencidas del buen servicio que de este modo prestaban al logro de los felices resultados académicos.

La sociedad urbana con su pésima distribución del espacio vital infantil (ausencia de jardines, zonas verdes, etc.) contribuye no en pequeña dosis, a aumentar la disminución de la movilidad corporal, haciendo del niño disminuido un fofo y pasivo «niño de piso».

Esta carencia de estímulos, prodigada desde todas las perspectivas, conducen al chico a un estado de inercia y apatía que se concreta en una especie de adormecimiento continuo, perseverando en una misma posición, lo que ayuda todavía más las posibilidades de su obesidad.

La preocupación de los padres intenta compensar el déficit mental de sus hijos, pensando que el niño debe guardar reposo el mayor tiempo posible y no esforzarse físicamente ni siquiera en las actividades mínimas y vitales como vestirse, alimentarse, lavarse, etc.

El hipotiroidismo discreto que con frecuencia encontramos en estos enfermos (en el que el consumo de energías es muy bajo, unido a un apetito escaso) predispone a la pereza psicomotriz del infante. La baja estatura asociada que se da en él, origina la caída de los padres en otra conducta errónea sobreañadida.

Se tiene el absoluto e infundado convencimiento de que para que el niño crezca es necesario sobrealimentarlo. Y una de sus consecuencias es la deformación esquelética resultante (caderas dolorosas, lordosis lumbar, pies planos, piernas deformadas, etc.). Otra consiste en que el acúmulo de grasa abdominal causa la elevación del diafragma que dificulta la ventilación pulmonar, originando hipercapnia, acidosis e insuficiencia cardíaca, pudiendo ocasionar más adelante cefaleas o convulsiones, que incapacitan y dificultan su rehabilitación, empeorando la evolución de los enfermitos.

Por esta línea se explican también ciertas crisis de hipersomnia que invitan a los pequeños escolares a quedarse dormidos en cualquier lugar. Obsérvese la larga cadena de influencias psicológicas determinantes de la obesidad infantil. La gran facilidad con que los padres pueden precipitarse en estas actitudes de indulgencia y tolerancia exige el despliegue de una atenta cautela, en evitación de los daños que pueden causarse bienintencionadamente. Téngase en cuenta además que estas concesiones pueden luego ser fuente de auténticos conflictos familiares. Al llegar a la pubertad, por ejemplo, como anteriormente hemos señalado.

Otra perspectiva desde la que acercarse al problema de la obesidad podría ser la de la herencia. Ciertas hipótesis acerca del papel que los factores hereditarios

puedan jugar en la obesidad infantil, parecen probables.

Los trabajos, por ejemplo, de MAYER en animales, y los de NEWMAN en gemelos y familiares, parecen confirmarlo. Autores como KNITTLE y HIRSCH se ponen más bien a favor de lo que pudiera llamarse la herencia cultural o paratípica. Sin embargo, es verdad que pueden existir factores genotípicos heredados que faciliten la predisposición a la obesidad. Entre otras razones, puede esgrimirse los de la vía neuroendocrina. Así como la insulina favorece la lipogénesis, la adrenalina y noradrenalina estimulan el sistema lipolítico. De aquí que el mensaje genético influya a través del camino endocrino en el peso del sujeto. La función del stress en la delgadez estaría tal vez justificada desde este punto de vista.

Pero la herencia paratípica también puede modelar la obesidad. En efecto, los niveles de grasa almacenados en el tejido adiposo de las ratas sometidas al experimento, parecen estar en relación con el trabajo que en el periodo postnatal se imprimió a esos tejidos.

Las conclusiones a las que se llega, suelen ser muy elocuentes. Si a un niño en el periodo postnatal —esto ha de probarse todavía, estando en periodo de hipótesis probable, en cuanto respecta a la clínica humana—, se le hiperalimenta su tejido adiposo intentará adaptarse, no sólo aumentando el volumen de sus adipocitos (célula del tejido adiposo con capacidad para cargar grasa), sino multiplicando también el número de ellos. El resultado del aumento cuantitativo de éstas respondería, hasta cierto punto, de que un niño obeso se transforme con el tiempo en un adulto obeso. SALANS (1966) comprobó mediante biopsias que había un aumento tres veces superior del número de adipocitos en el individuo obeso, que en el delgado. Una vez que el número de células ha sido fijado, seguirá constante al parecer durante toda la vida, variando sólo su proporción de llenado o vaciado de grasa.

La plasticidad humana consecutiva al inacabamiento biológico correspondiente al momento del parto, tal vez permitirá el compromiso de esta adaptación biológica. Pero acaso convenga no olvidar, que esa adaptación puede suponer una hipoteca del futuro morfológico y funcional del individuo. Estas consideraciones creemos deberían ser conocidas por muchas madres, en evitación de errores, desgraciadamente tan frecuentes, como el de hiperalimentación infantil.

No nos detenemos aquí en considerar las obesidades infantiles ligadas a alteraciones metabólicas, endocrinas y nerviosas para no alargar en exceso nuestra exposición, a la vez que la fenomenología sintomatológica específica de que se acompañan ponen casi siempre en aviso a los padres del niño, empujando sus decisiones hacia una consulta con el especialista.

Una última consideración en la que tal vez apenas hemos insistido, es sin duda alguna, la influencia de los factores psicológicos en la obesidad. Aunque a lo largo de todo este trabajo dichos factores penetran casi la totalidad de sus líneas, de un modo más específico quisiéramos ahora considerar algunos de ellos, al menos los más importantes.

Resulta bastante sugestivo, el trabajo de MENDELSON (1964) en el que llega a la conclusión de que el esquema corporal está afectado en aquellos obesos cuya infancia ya fue obesa, no ocurriendo esto en los individuos cuya obesidad se inició en la etapa de la adultez. Registrando cuidadosamente la historia biográfica y antropológica de algunos obesos encontramos una amplia constelación de radicales comunes que si no especifican un determinado sector de su personalidad, casi

podríamos afirmar que por lo menos lo dibuja. Son éstos los siguientes: actitud excesivamente protectora de la madre, que puede o no acompañarse de un cierto rechazo afectivo de su hijo; dificultades familiares excesivas o separación de los padres, cuando el niño aún no ha traspasado la frontera de la adolescencia; timidez discreta o incapacidad para relacionarse con sus compañeros escolares; intervenciones quirúrgicas casi siempre del aparato digestivo (apendicitis) o respiratorio (adenoides, amígdalas, etc.); una cierta torpeza para participar en actividades deportivas, que unido a lo anterior ocasionaba una cierta marginación escolar.

## VALORACION CRITICA DE LOS TRATAMIENTOS DE LA OBESIDAD

La angustia originaria ante el difícil problema del tratamiento de la obesidad ha conducido a veces al empleo de métodos terapéuticos de dudosos e incluso peligrosos resultados. Se ha llegado, por ejemplo, a aconsejar el practicar cortocircuitos intestinales (MUTH, 1964) como posible solución.

El hombre de hoy se ofrece al ídolo de la técnica —no importa a qué precio— con tal de no tener que enfrentarse consigo mismo, renunciando de esta manera a todo lo que pueda suponer un costoso esfuerzo. Las líneas que siguen pretenden sistematizar crítica y brevemente los distintos procedimientos terapéuticos al uso en nuestro tiempo.

### I. METODOS FARMACOLOGICOS

1.1. Anorexígenos. — Sus consecuencias fatales, que lo hacen desaconsejables, son entre otras, el insomnio, el nerviosismo (por actuar como un estimulante y por transformar el instinto alimentario), la excitación y el acostumbamiento. Algunos los aconsejan, argumentando que su actuación hace más llevadera la hiperalimentación, favoreciendo así el aspecto psicológico de la obesidad. Rehuyen estos autores los efectos secundarios de este producto, nada fáciles de solucionar por el momento. La mayoría de estas sustancias (la pervitina que fue la primera, la fenmetrazina, la benzfetamina, pesamina, fenfuramina, tenuate, etc.), suelen producir su acción anorexígena por vía de la estimulación simpática, suscitando una cierta sensación de saciedad a través de su acción —aún mal conocida en este aspecto— en el núcleo ventrolateral hipotalámico.

Otra de sus consecuencias es la estimulación afectiva (lo que supone una ampliación y profundización de las resonancias a los estímulos, una vez se ha conseguido afinar las esquinas de las percepciones, fundando así la posibilidad de una fase stressante continuada, con todo lo que ello supone), asociándose a una falta de apetito, que es el efecto buscado.

Otras sustancias pertenecientes a este grupo parecen actuar a nivel metabólico, obstaculizando el paso de los glúcidos a lípidos (como la fenfuramina), a la vez que calman relativamente la ansiedad del obeso y se oponen a su astenia. Actúa así el anorexígeno como una moneda de doble cara, irreductible: sus efectos anoréxicos se asocian a sus efectos psicotónicos. Su uso, insisto, está desaconsejado principalmente porque crea un estado de dependencia farmacológica, cuya gravedad rebasa casi siempre la de la obesidad, pues puede encaminar hacia las toxicomanías, acompañadas de depresiones muy graves (en algún caso asistimos un enfermo que se administró diez comprimidos de anfetaminas en un solo día), intentos suicidas, y estados parecidos a las psicosis modelo; y sobre todo, porque

habríamos sustituido la toxicomanía alimentaria —si es que puede hablarse en estos términos— por una toxicomanía farmacológica de peor pronóstico.

Por su efecto psicotónico son prohibitivas para enfermos del aparato circulatorio. Algunos autores han pretendido salir al paso de estos efectos asociándolas con sedantes para frenar así la excitación secundaria. Pero ni siquiera esta asociación —relativamente incompatible— amplía el campo de sus indicaciones.

En general es muy frecuente en mujeres adolescentes, que han oído en el medio estudiantil —donde frecuentemente se usa, a pesar de estar prohibida su venta sin receta— la eficacia de estos productos.

1.2. Preparados tiroideos. — Su nivel de eficacia se obtiene sólo cuando se emplean a dosis que son ya tóxicas. Pero es que además su función específica resulta extemporánea, puesto que el enfermo obeso no suele ser casi nunca un mixedematoso y mucho menos un hipotiroideo.

Algunos autores, como GORDON y HULTON, continúan todavía defendiendo su utilización. Investigaciones llevadas a cabo recientemente, sin embargo, por BLOODWORTH y otros, desautorizan su empleo, por cuanto la acción de estos extractos se dirige a reducir más bien el tejido muscular, o al menos en mayor cuantía, que el tejido adiposo propiamente dicho.

1.3. Diuréticos. — La ineficacia de su acción se fundamenta en dos motivos principales. De un lado, por su fugacidad, ya que la pérdida de peso se hace sobre todo a expensas de la eliminación de agua y no de grasa, eliminación que muy pronto tiende, como es obvio, a ser recuperada. De otra parte, por el desequilibrio electrolítico que puede desencadenar, de difícil y complicada recuperación. Su uso se limita a cuando existe alguna alteración específica o en los casos de retención hídrica premenstrual. En estos casos las dosis a emplear deben ser mínimas y siempre se controlará el balance electrolítico. La otra posibilidad de su empleo —y ésta progresa más bien a través de la vertiente psicológica— sería la de estimular la difícil esperanza en el primer estadio del tratamiento en aquellos enfermos prontos a abandonar el régimen. El éxito alcanzado en los primeros días por la disminución de peso a expensas del agua corporal, contribuirá a fortalecer su propósito de adelgazar. Sin embargo, esta medida no debe prodigarse, reduciéndose exclusivamente a situaciones límite, en que es preciso el apoyo psicológico del paciente por esta vía.

1.4. Purgantes y laxantes. — Tampoco estas sustancias actúan directamente sobre las grasas, por lo que resultan ineficaces, sobre todo, si se emplean con cierta constancia. Entonces pueden resultar además contraproducentes, pues pueden dar origen a perturbaciones de tipo digestivo —a veces con tendencia a la cronicidad— de difícil curación.

1.5. Otras medidas, como la receta de preparados vitamínicos minerales pueden ser útiles, si no se abusa de ellos. Su función reside en la posibilidad de suplir los déficits vitamínicos, cuando éstos se den en el nuevo régimen alimenticio. Pero está claro que tampoco éstos reducen la obesidad.

Más contraproducente todavía es el uso para estos fines de drogas como los estrógenos, la gonadotropina coriónica (SIMEONS, 1964), e incluso la digital, hoy apenas usadas.

### II. METODOS PSICOLOGICOS

Conviene tener en cuenta el factor de la personalidad, casi siempre olvidado, inexplicablemente, por el internista o el

endocrinólogo, al tratar a estos enfermos. No puede afirmarse, sin embargo, que la personalidad del obeso sea específica. Pero en su constelación estructural, sí que pueden aprehenderse un buen elenco de rasgos comunes a todos ellos. Su peculiaridad estriba en una discreta inestabilidad emocional —nos referimos ahora a los adultos—, cuya ansiedad consecutiva está enmascarada tantas veces por la satisfacción que encuentran en la comida. Hasta cierto punto, resulta fácil encontrar en algunos casos, unos rasgos comunes que aunque no nos autorizan a hablar de neurosis de un modo transparente, al menos, sí que pueden constituir un cierto estadio preneurótico. Surge así una primera dificultad que se desvelará y hará transparente casi siempre, cuando intentamos reducir el aporte calórico de estos enfermos. Por ello hemos de prevenirnos para actuar en este doble sentido. Toda disminución del aporte metabólico deberá ir acompañada de los medios pertinentes para disminuir también esa ansiedad básica que se metamorfosea tan fácilmente en el seno de estas conductas.

Por esto, en bastantes casos está indicado el empleo de la psicoterapia, en forma siempre de psicoterapia menor dirigida a estimular y apoyar al paciente, próximo en tantas ocasiones a la disforia depresiva, al desajuste emocional y a la apatía desinteresada.

En realidad antes de iniciarla conviene siempre contemplar ciertas bases imprescindibles que puedan servir como puntos de partida. Resumimos a continuación algunas observaciones psicológicas a tener en cuenta:

11.1. Es relativamente frecuente el tipo de «obeso sin obesidad». Es decir enfermos casi siempre, cuyo problema fundamental está representado por el modo patológico de vivenciar su esquema corporal. A este punto es muy penetrante el trabajo de STUNKARD. En estos casos el disturbio emocional debe interpretarse más como una consecuencia de la morfología corporal —erróneamente valorada—, que como una consecuencia de la obesidad inexistente.

Los modelos culturales que la sociedad actual ofrece a muchas jovencitas están implicados en estos problemas. La estética de la propaganda impone una pesada carga de irracionalidad a la naturaleza, problematizándola. La originalidad, no ya de estar a la moda, sino de ser (incluso biológicamente) la moda misma, se convierte en el ídolo funesto al que bastantes mujeres sacrifican su salud. El acting-out de una psicoterapia comprensiva y existencial, es casi siempre el método de elección para la resolución del problema. sometida la naturaleza a este modo degenerado de «cultura», hemos de devolver a la naturaleza su carta de ciudadanía, precisamente a través de la modificación crítica de esas premisas culturales falseadas.

En otras ocasiones el sentimiento de extrañeza cargado de no aceptación del propio cuerpo, puede llegar más lejos, dando origen a actitudes hipocondríacas por un exceso de autoobservación acariciante o demoleadora de difícil pronóstico, que de no corregirse en un momento oportuno y temprano, pudiera evolucionar hacia formas mayores como la despersonalización.

11.2. El instinto alimentario gracias a su plasticidad, está abierto a todos los mundos, también al psicopatológico. Desde las bulimias asociadas casi siempre a las enfermedades mentales, hasta las anorexias nerviosas, el espectro recorre un largo camino. A veces una frustración existencial es compensada con una ingesta de tipo compulsivo. Otras, el stress continuado sólo encuentra su relativo reposo cuando se sienta a la mesa delante de una comida copiosa. La insatisfacción,

la irritabilidad y una buena dosis de agresividad no manifestada, se vehiculizan a través de la conducta alimentaria patológica. Como puede observarse estos factores que casi dibujan un perfil etiológico muy concreto, han de ser tenidos en cuenta a la hora del tratamiento, si de verdad se quieren obtener unos buenos resultados.

11.3. Existe una modalidad de hambre insaciable cuyo origen es netamente psicológico. El hambriento de afecto sustituye su necesidad afectiva por comida, la cual ingresa en su organismo con un frenesí devorador.

11.4. Algunas de las consecuencias de la obesidad modelan psicológicamente la estructura motivacional de estos pacientes. La fusión de la apatía y una cierta ansiedad perpetuadas en el tiempo, acaban por producir actitudes ambivalentes que a su vez se alimentan de la aparición de un sentimiento de desesperanza y pereza corporalizadas. La angustia fundante de estas actitudes arroja al obeso a entregarse todavía más a la comida. El ciclo vicioso amenaza así con hacerse autónomo. De aquí que el médico deba bucear en los motivos por los que el obeso desea perder peso. En cualquier caso, convendrá, una vez examinados los motivos, dirigir el diálogo psicoterápico a reforzar esa motivación. Cuando esta cuestión no es tratada el éxito del tratamiento decrece. La continuidad (por el sacrificio que supone seguir un régimen determinado) puede resultar obstaculizada y el peligro de recaída y reengorde puede facilitarse. La actitud del médico en relación con su paciente es aquí decisoria.

11.5. La comprensión del médico ha de manifestarse en desmontar el psiquismo, problematizado en exceso, de sus pacientes. Bastantes obesos adscriben a su excesivo peso infinidad de dolencias y padecimientos, que contribuyen a dar una importancia sobrevalorada a su problema. Cuando eso sucede resulta necesario explicarles, a un nivel comprensivo no cargado de tecnicismos, lo equivocado de sus creencias. En estas creencias el obeso busca casi siempre un modo de legitimación de sus propias indigencias.

11.6. Las metas propuestas en las curas de adelgazamiento deberán ser graduadas, haciendo caminar al enfermo como por un plano inclinado, advirtiéndole de la posibilidad del retroceso. El intento ha de ser programado paso a paso, de forma que cada pequeño éxito tenga el significado preciso de un estímulo que le empuje hacia la consecución de la meta definitiva.

11.7. Los métodos de relajación pueden ser usados para disminuir la irritabilidad y la ansiedad de los pacientes sometidos a dietas hipocalóricas. Su práctica deberá aconsejarse antes de las comidas, lo que contribuirá a que éstas sean menos copiosas y abundantes. Todavía no se han empleado suficientemente por haberse interpretado con un cierto acento de contradicción, confundiendo relajación y reposo. Sin embargo, su validez para modificar el esquema corporal y disolver la ansiedad, en nuestra experiencia, han sido de gran utilidad.

Piense el lector en la relación trífrente existente entre la conciencia psíquica, los fenómenos de cenestesia visceral y los sentimientos sensoriales, factores todos ellos amasados y complicados en el problema de la obesidad.

11.8. Autores adscritos a las corrientes psicoanalíticas han puesto acaso demasiado énfasis en demostrar que los motivos de la obesidad había que buscarlos por el lado de la fijación en la fase oral de estos sujetos, o en la significación de la adiposidad como elemento simbólico protector de un inconsciente tenebroso.

No es éste el momento oportuno para estudiar la validez de estas teorías. Su misma exclusividad, sin embargo, nos ponen en aviso de lo ilegítimo de esta reducción. En cualquier caso existen multitud de datos de tipo metabólico, bioquímico, neuroendocrino, psicológico, etcétera, que ponen en difícil situación a la doctrina psicoanalítica respecto de la obesidad. Sucede aquí algo análogo a lo acaecido cuando se alzaprímó, desafortunadamente por algunos neurólogos, el papel del centro del hambre postulado en 1826 por MAGENDIE, y confirmado por HETHERINGTON y RANSON (1840), experimentalmente en las ratas, y la zona cortical de la circunvalación del hipocampo, en relación con la ingesta.

Los fisiólogos también radicalizaron su postura al intentar explicarse todo el fenómeno en relación con las tasas de glucemia existentes (teoría glucostática de MAYER). Hoy, la investigación de la lipodíesis y de la lipofilia parece haber sustituido a las antiguas teorías. La función de la Lipid Mobilising Hormon (L.M.H.), de la que tanto se esperaba, parece haber defraudado un poco a los afanados investigadores. He aquí un argumento más que patentiza lo complejo de la obesidad y su irreductibilidad a una sola valencia etiológica.

11.9. En ocasiones conviene estar preparado para hacer frente al nerviosismo, insomnio y cefaleas que se producen durante el tratamiento. El uso de psicofármacos combinados con la psicoterapia suelen resolver con cierta facilidad la situación. Conviene por tanto integrar ambas pautas terapéuticas, que de seguro beneficiarán la marcha del tratamiento, sin obstinarse en la elección unilateral de uno de estos procedimientos.

11.10. Acaso una cuestión todavía no suficientemente investigada sea la de la relación de dependencia que se tiende entre el obeso y determinados productos alimentarios. El fenómeno lo he observado en un grupo de diabéticos obesos, estudiando los cambios producidos en sus actitudes frente a los alimentos dulces, poco después de aparecer su cuadro diabético.

Personas que no habían sentido ninguna atracción por este tipo de sustancias; más aún, que cuando podían tomarlas, habitualmente las rechazaban, un poco tiempo más tarde —una vez aparecida la diabetes— sentían una fuerte inclinación por las mismas.

La penetración psicológica en el fenómeno parece trascender los planos biológicos y psicológicos. Esta avidez por los dulces prohibidos condiciona tan energicamente al enfermo, que como el niño travieso, escapando a la vigilancia estrecha de sus familiares —como a hurtadillas, no importa la edad que tengan— penetran a escondidas, en ocasiones, en una confitería para satisfacer con urgencia una necesidad perjudicial.

Es precisamente el atractivo de lo prohibido, asociado con una cierta vivencia de liberación del yo —cuyo límite se percibe a través del «no poder tomar» algo en concreto—, lo que parece encaminarles a esta conducta que tiene casi la significación de la impulsividad.

En el fondo, no han asumido los límites biológicos y psicológicos que toda enfermedad supone. Es más, la vivencia resultante cristaliza más bien como una amenaza a su libertad. Lo limitado de esa libertad, bajo este aspecto, parece empujarles hacia una nueva forma de esclavitud. El problema se hace más complicado cuando el fenómeno asoma a la intimidad con visos de anormalidad.

Sentir la propia carne como excepcional, suele mortificarles en exceso. En algunos de los niños diabéticos observados, esta

realidad está fecundada por la angustia, hasta el extremo de no dejarse reconocer.

Hace falta entonces echar mano de la psicoterapia comprensiva y proporcionada que conduzca al enfermo no sólo a aceptar su propia enfermedad y las limitaciones que ésta le impone —lo que no sería poco—, sino incluso, a que haciendo uso de su libertad, elija precisamente ese límite impuesto.

Si se consigue la asunción integrada del límite, la libertad frente a estas sustancias es nuevamente conquistada. Esta experiencia observada en enfermos diabéticos, tal vez pueda extrapolarse al enfermo obeso. Aún no tengo suficiente experiencia psicoterápica en las curas de adelgazamiento, pero los resultados obtenidos hasta ahora parecen andar por este camino. Si esto fuese así, tendríamos aquí una importante solución para evitar las recaídas y el reengorde, tan frecuentes, en la evolución clínica de los obesos.

11.11. En todo caso es necesario el enfoque individual y dedicar tiempo a una explicación que abarque la función de la comida, el gasto energético, la necesidad de su colaboración, sobre todo, en el tratamiento que ahora se emprende y cuya lentitud —para no sólo perder la grasa almacenada, sino principalmente para no recaer— pondrá a prueba la paciencia del enfermo y casi siempre la del mismo médico.

El compromiso en la persecución de esta importante meta debe nacer del encuentro médico-enfermo, a ser posible, desde la primera entrevista. El contrato tácito que desde las dos partes se suscribe en este compromiso, puede arrojar mucha luz en aquellos momentos difíciles, en los que ambas partes están tentados de abandonar la terapia.

### III. METODOS DIETETICOS

Reducir el aporte alimenticio al nivel de las 800 calorías/día puede tener sus ventajas (en el mejor de los casos la reducción del peso en los primeros días varía en una proporción comprendida entre los 200-300 gr/día), pero también tiene sus inconvenientes. Habrá que vigilar el aporte proteico (un mínimo de 75 gr/día) y vitamínico, y sobre todo, será necesario contar con hacer hospitalaria la cura, ya que la astenia invalidante puede resultar excesiva.

En general, regímenes hiperproteicos, hipolipídicos y muy hipoglucídicos suelen dar buenos resultados. Sin embargo, se hace preciso recordar que ante todo hemos de huir de una dieta standard. La dieta, cualquiera que ésta sea, está para servir al obeso, y no a la inversa. Conviene tener en cuenta, en líneas generales, una serie de notas y características en el momento de elegir un régimen alimenticio concreto.

De un modo sucinto, éstas podrían ser las principales:

- Trabajo, actividad y estilo de vida del sujeto.
- Costumbres alimentarias anteriores: proporción de los alimentos, ritmo y frecuencia de las comidas, etc.
- Edad, sexo y talla.
- Carácter y personalidad en relación con la sensación de hambre.
- Intentar no perturbar el carácter del enfermo, lo que conseguiremos si la dieta recomendada es variada, y deja satisfecho al enfermo.
- Procurar una reeducación del comportamiento alimentario.
- Convendrá al principio que el obeso coma a distinta hora que el resto de la familia. Con ello se evita que pruebe

- otras comidas que no sean las convenientes. Se sale al paso así de tentaciones en las que fácilmente se cae.
- Comenzar con un programa gradual. La práctica del ayuno total puede ser exitosa —a veces también contraproducente— en un corto tiempo; pero más adelante sólo recoge fracasos insolucionables.
  - La privación de agua no es aconsejable. Muy importante es por el contrario la privación de alcohol (de gran riqueza calórica) y la de sal (que en muchos casos actúa reteniendo los líquidos tisulares). Los edulcorantes (existen formas muy variadas, como los preparados para diabéticos) pueden ser usados en pequeñas dosis, como sustitutivos de los dulces.
  - La investigación de las enfermedades asociadas que exigen una dieta adecuada. Es el caso, por ejemplo, de la diabetes, de las enfermedades cardiovasculares, la coleditiasis, etc.
  - El empleo de pseudoalimentos. Estas sustancias ricas en metilcelulosa, mucilagos, etc. una vez ingeridas causan la sensación de una relativa plenitud gástrica. El efecto se ha aprovechado, administrándose un poco antes de las comidas. Sin embargo, su ingestión poco agradable, y el haber ocasionado alguna que otra obstrucción intestinal, ponen en duda su aplicación. Además, la satisfacción del instinto alimentario resulta mucho más compleja que todo eso, no pudiendo reducirse al simple síntoma placentero de percibirse el estómago totalmente lleno. Y en todo caso aunque los preparados, por ejemplo, de metilcelulosa lo consigan, siempre será más lógico y sano que esta sensación se funde en productos naturales, en forma de ensaladas, que además son mucho más ricas en vitaminas, sales minerales y oligoelementos.
  - Conviene conocer en cada caso, hasta donde sea posible, su fisiopatología específica.
  - La búsqueda dentro del arsenal farmacológico existente, del producto que más interese al caso concreto, encaminado a inhibir la lipogénesis, y a estimular la lipólisis.
  - La búsqueda paciente de otras enfermedades coexistentes que además de dar razón de la obesidad, limitan hasta cierto punto la aplicación de medidas terapéuticas. Es el caso, por ejemplo, de algunas enfermedades cardiocirculatorias o metabólicoendocrinas.
  - Especial importancia tienen las curas dietéticas de la obesidad en los ancianos. Los intentos terapéuticos ocasionan, con frecuencia, estados de depresión ansiosa, que no deben ser ignorados.

#### IV. EJERCICIOS FISICOS

El ejercicio físico juega un importante papel en la regulación del peso corporal, como lo han puesto de manifiesto los trabajos, entre muchos otros, de STRANG y BLOOM.

Siempre que el ejercicio físico comienza de una forma moderada y se prolon-

gue con una cierta perseverancia, deberá ser aconsejado, pues será un factor más con el que contamos para lograr el equilibrio energético. Atribuir una gran importancia a este factor aislado, suele resultar contraproducente. El gasto energético que todo ejercicio significa —más notorio si se practica de forma agotadora y repentina— invitará de forma subrepticia al enfermo a recuperar las energías perdidas.

Como por otro lado el enfermo percibe una gran debilidad postejercicio, su inclinación a la «recuperación» energética se ve así potencializada. A nivel bioquímico esa inclinación se ve fundamentada por la relativa, pero importante, hipoglucemia que de ella se deriva. De esta forma, lo que con tanto esfuerzo físico —que es vivenciado en la vertiente psíquica también— fue conseguido, se pierde más tarde en un par de comidas abundantes, aparentemente legitimadas por la vivencia de la «debilidad» tras el ejercicio practicado.

En el niño, esta peculiaridad es mucho más útil. En el deporte puede encontrar un escenario insustituible para sus relaciones sociales. La emulación propia de la edad le facilita su aplicación, que favorece además, su desarrollo muscular y óseo.

Otra cuestión equívoca sería la eficacia de lo que pudiéramos llamar los ejercicios pasivos y mecánicos. Me refiero, concretamente, a las saunas, masajes, vibradores, ropas especiales, etc., de las que con tanta frecuencia se abusa en la actualidad. Su eficacia es sólo relativa, por cuanto el obeso no llega a un compromiso con el método usado. En cierto modo es éste otro botón de muestra de su comodidad. Su alcance queda limitado a un sentirse mejor periféricamente, que puede dar ánimos para seguir en la batalla contra la obesidad, pero que fiado a sí mismo, jamás resolverá en su totalidad el problema.

Insisto, pues, en que en el problema de la obesidad es imprescindible tener en cuenta la multiplicidad de factores que en él se dan cita, y cuya resolución específica debe ser distinta, adaptándola a la perspectiva antropológica, única desde la cual se puede otear eficazmente este problema.

#### BIBLIOGRAFIA

- AIMEZ, P.: Rev. Prat., 1972, 21 fév., 22, 805-808.
- ANAUD, B. K.: «Nervous regulation of food intake», *Physiol. Rev.* 41: 667, 1961.
- APFELBAUM Y TREMOLLERS: «Depenses energetiques et mase active chez l'obese», *Nutric. Diète.* 7: 241, 1965.
- ASHER, P.: *Arch. Dis. Child.*, 41: 672, 1966.
- ASHER, P.: «Comunicación personal a Wolff, O. H.», *Triángulo*, 7, 234, 1967.
- BIERMAN, E. L. y col.: «Obesity & Diabetes: The old couple», *Am. J. Cl. Nutric.* 21: 1434, 1968.
- BLOODWORTH, en «Endocrine Pathology», *Willians & Wilkins Co.* pág. 166, 1968.
- BLOOM, W. L.: «Inactivity as a major factor in the adult obese», *Mt. Cl. Exptl.* 16: 679, 1967.
- BLOOM, W. L.: «Fasting as an introduction to the treatment of obesity», *Metab. Cl. Exptl.* 8: 214, 1959.
- BOTZ, W. M. y Co.: «Weight loss and frequency of feeding», *New Eng. J. Med.* 274: 376, 1966.
- BRICAIRE y colab. «Presse Medicale», T. 74, pág. 2695.
- Centre International de l'Enfance: «Croissance et developpement physiques de l'enfant», Paris, 1968.
- DEMOLE, M. J.: «Dietetic implications of current pathophysiological concepts of obesity», in *Physiopathology of adip. Tissue*, page, 396, Expta. Med. 1969.
- DRENICK, E. J. y Co.: «Prolonged starvation as treatment for severe obesity» *JAMA* 187: 100, 1964.
- ETIENNE, M., y LAPLANE, R.: *Sem. Hop.*, 32: 2803 (1956).
- FINKELSTEIN, J. W., y Avery, M. E.: *Amer. J. Dis. Child.*, 106.
- FORBES, G. B.: *Pediatrics*, 34, 308, 1966.
- FREED, S. C.: *J.A.M.A.*, 133, 369 1947.
- GRANDE, F.: «Energetics and weight reduction», *Am. J. of Cl. Nutric.* 21: 305, 1968.
- GRANDE, F.: «Energy balance and body composition changes», *Annals Int. Med.*, 68: 407, 1968.
- GROSSMAN, S. P.: «Hypotalamic an limbic influences in food intake» *Fed. Proc.* 27: 1849, 1968.
- GORDON, E. S.: «A new concept in the treatment of obesity?», *J.A.M.A.*, 186: 80, 1963.
- GUNDERSON, K., SHEN, G.: Total body water in obesity», *Am. J. Cl. Nutric.* 19: 77, 1966.
- HIRSCH, J., KNITTLE y SALANE, L. B.: *J. Clin. Invest.*, 45, 1023, 1966.
- HULTON, J. H. y Co.: «Obesity and its treatment», *Industrial Med. & Surg.*, page 472, June 1966.
- JOHNSON, M. L., BURKE, B. S., y MAYER, J.: *Amer. J. Clin. Nutr.*, 4, 37 y 4, 231, 1956.
- KARAM, J. H., GRODSKY, G. M. y FORSHAM, P. H.: *Diabetes*, 12: 197, 1963.
- LORENZO VELAZQUEZ, B.: *Brit. Med. Journ.* I. pág. 352, 1968.
- LLOYD, J. K., WOLFF, O. H., y WHELEN, W. S.: *Brit. Med. J.* 2: 145, 1965.
- MAYER, J.: «Genetic, traumatic and environmental factors in etiology of obesity», *Physiol. Rev.* 33: 472.
- MAYER, J.: «Some problems in the regulation of food intake and obesity», *New England, J. Med.*, 274: 611, 662, 722, 1966.
- MARKS, H. H.: «Influence of obesity on morbidity and mortality», *Bull. N. Y. Med. Acad.* 36: 296, 1961.
- MENDELSON, M.: *Med. Clin. N. Amer.* 48: 1373, 1964.
- MILLER, D. S., MUMFORD, P., y STOCK, M. J.: *Amer. J. Clin. Nutr.*, 20: 1223, 1967.
- MOSIER, H. D.; GROSSMAN, H. J., y DINGMAN, H. M.: *Pediatrics*, 36: 465, 1965.
- MUTH, W. E. y Co.: «Death associated hypocalcemia after smallbowel-short circuiting», *New England, J. Med.* 270: 1239, 1964.
- MEWMAN, J. H.: «Twins, a study of heredity and environment», Univ. of Chicago Press, Chicago, Ill. O.M.S.: Ser. Inf. Tec. 392, 11.
- PASI: *Journ. Suisse Pharmacol.* Vol. 105, pág. 898, 1967.
- PRADER, A., LABHART, A., y otros: «Eight International Congress of Paediatrics», Copenhagen, p. 13.
- RALPH, A. y co.: *Rev. Prat.*, 1972, 21 fév., 22, 805-808.
- ROYER, P., y MASSE, N. P.: *Enciclopedia Medico Chirurgicale*, 4003, A20.
- ROYER, P.: «Les obesités». In *Pediatric. Mis a jour 1965*. Flammarion, Paris.
- SALANS, B. L. y Co.: «The role of adipose cell size and adipose tissue insulin sensitivity in carbohydrate tolerance in human obesity», *J. Cl. Invest.* 47: 153, 1968.
- SIMEONS, A. J.: «Pounds and Inches», *Lion Book Shop*, Roma, 1964.
- SIMS, E. A. y HORTON, E. S.: «Endocrine and metabolic adaptation to obesity and starvation», *Am. J. Cl. Nutric.* 21: 1455, 1968.
- SMITH, D.: *Recognizable Patterns of Human malformation*. Saunders, 1970.
- STEVENSON, J. A. F.: «The hypothalamus in the regulation of energy and water balance», *Physiologist*, 7: 305, 1964.
- STRANG, J. M.: In *Duncan «Diseases of metabolism»*, Sandor Co., page, 775.
- STUNKARD, A.: «The results of treatment of obesity», *Arch. Int. Med.* 103: 79, 1959.
- STUNKARD, A.: «Disturbances in body image of some obese persons», *J. Am. Diet. Assn.* 38: 329, 1968.
- TANNER, J. M. y WHITEHOUSE, R. H.: *Brit. med. J.* I, 445, 1962.
- VAGUE, PH. y Co.: «Plasma insulin levels in human obesity», in *Physiopathology of adipose Tissue*, Expta. Med., page, 203, Jan, 1969.
- WALLGREEN, J.: In *Alvarez Coca, M.: Revista Ibsy*, 25: 265, 1967.
- WARD, W. A. y KELSEY, W. M.: *Pediat.*, 61: 745, 1962.
- WIDDOWSON, E. M.: *Proc. Nutr. Soc.* 21: 121, 1962.
- WILKINS, L.: *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades endocrinas*, 591. Barcelona, 1966.
- WOLFF, O. H.: *Triángulo* 7: 234, 1967.
- ZIEGLER: *Journ. Suisse Pharmacol.*, pag. 881, 1967

