

1972-1

ASPECTOS PSIQUICOS Y SOMATICOS DE LA
OBESIDAD.



Blanco E
1.0000
2781
270

PATRICIA HUBER ROMERO.

Faltan Conclusiones
Bibliografía pobre

U.N.A.M.

1972.



EXAMENES
PROFESIONALES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA OBESIDAD, HAMBRE Y SACIEDAD.

DIVERSOS ESTUDIOS REALIZADOS EN OBESOS.

PSICODINAMIA DE LA OBESIDAD.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FAMILIA DEL OBESO.

LA SITUACION SOCIAL DEL OBESO.

LA OBESIDAD VISTA COMO UN TIPO DE ADICCION.

TRATAMIENTO.

BIBLIOGRAFIA.

" Así como para interpretar el lenguaje simbólico del inconsciente debemos traducirlo al lenguaje lógico del sistema consciente, toda tentativa de interpretación de los niveles más profundos de integración, debe tratar de comprender las tendencias instintivas en un estrato en el que no posean expresión psicológica propia, pero sí expresión fisiológica y estructural".

A. Rascovsky.

INTRODUCCION.

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica de los diferentes aspectos de la obesidad.

La obesidad está considerada como una enfermedad psicosomática, en la que intervienen varios factores de diversa índole. El mayor problema que ha presentado el tratamiento de esta enfermedad -- estriba en la especificidad de la medicina, lo cual ha traído como consecuencia que durante muchos años se hayan estudiado los factores que la desencadenan de una manera aislada, sin haberse podido llegar a conclusiones que sean realmente válidas, especialmente en lo que a su -- tratamiento se refiere. Afortunadamente, en la actualidad ya se hace el estudio del ser humano como una unidad biopsicosocial, lo cual ya no admite la separación de sus procesos físicos y mentales.

Es por esta razón que en el presente trabajo se intentará hacer una revisión de los factores que están presentes en la obesidad, -- así como del medio familiar y social en que se desenvuelven las personas obesas.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA OBESIDAD.

La obesidad ha sido definida como una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo.

Las grasas son el constituyente esencial del tejido adiposo; dicho tejido es un tejido de sostén que contribuye a mantener los órganos en su sitio y a dar modelado al revestimiento cutáneo.

Los principales componentes del organismo son cuatro: minerales, - carbohidratos, proteínas y grasas. La mayor parte de los minerales los encontramos en los huesos. Los carbohidratos, en general, no forman gran parte del peso corporal, ya que solo pueden almacenarse en forma de glucógeno en pequeñas cantidades. Gran parte de los carbohidratos de la dieta son convertidos en grasa antes de su oxidación, y cuando son asimilados en cantidades excesivas se almacenan en esta forma. La grasa corporal está formada por lípidos complejos que representan solo una pequeña parte de la grasa total y se encuentran en todas las células del organismo, y por la -- grasa neutra que se almacena en los depósitos correspondientes. Estos depósitos están compuestos de tejido metabólicamente muy activo, y está formado en parte, por cúmulos de células rodeadas por tejido de sostén y vasos sanguíneos.

La composición aproximada del tejido adiposo es la siguiente: 14% de agua, 63% de grasa neutra, 22% de "sarcoplasma" y 1% de carbohidratos. Contiene alrededor de 8 calorías por gramo. Si el ingreso calórico excede el que se necesita para satisfacer las cantidades energéticas y del crecimiento, las sustancias que no son utilizadas se almacenan como grasa.

Cuando se da el caso contrario, o sea que se ingieran cantidades insuficientes de alimento, el organismo recurrirá a sus propios tejidos - para llenar sus necesidades calóricas. Como la fuente principal de energía almacenada es la grasa neutra, es necesario que se efectúen cambios considerables en el metabolismo normal con el fin de lograr la mejor -- conservación de la estructura orgánica, así tenemos que^{en} la inanición se -- inician una serie de complejas adaptaciones metabólicas. La grasa de -- los depósitos es movilizada y conducida al hígado y luego a los tejidos, en donde es oxidada para producir energía. Simultáneamente se va reduciendo la capacidad de ciertos tejidos para oxidar glucosa. El metabolismo basal disminuye y en consecuencia, el requerimiento calórico también. Si el metabolismo de las grasas es muy acelerado, se puede producir cierto grado de cetosis (acidés). Estas adaptaciones pueden facilitarse si el organismo dispone de una pequeña cantidad de carbohidratos, de aproximadamente unos 100 gramos al día.

El tejido adiposo impone una doble carga al organismo, pues el trabajo que se realiza para el desplazamiento del cuerpo es mayor, y también hay un aumento metabólico de la cantidad de alimento, oxígeno y sangre necesarios para mantener el metabolismo de las células del tejido adiposo. - Por lo tanto, si una persona que antes estaba en equilibrio recibe una dieta de mayor valor calórico, no presentará un aumento continuo e ilimitado de su peso corporal, pues una vez que se ha depositado una cantidad apropiada de tejido adiposo, el requerimiento calórico adicional impuesto por - el nuevo tejido, equilibra las calorías sobrantes, y el peso corporal vuelve a estabilizarse, solo que a un nivel más alto. Esto explica en parte el hecho de que el aumento de peso tiende a ser rápido en un principio y des--

pues se equilibra.

Podemos encontrar diversos factores que contribuyen al desarrollo de la obesidad, siendo el comer en exceso la causa más frecuente; dicho exceso es variable de individuo a individuo y está en relación directa con los requerimientos personales de cada sujeto. Entre otros factores podemos encontrar alteraciones endocrinológicas que modifiquen el metabolismo de la persona. La retención de líquidos también pueden provocar un aumento de peso. Al considerar los cambios de peso, el cuerpo se puede dividir convencionalmente en dos componentes: líquidos y sólidos. El agua constituye aproximadamente el 60% del peso corporal en personas adultas y el 75% en los recién nacidos. Ahora bien, si el porcentaje de agua se toma en masa corporal libre de grasa, dicho porcentaje ascenderá al 70% en adultos. El líquido extracelular representa el 17% del peso corporal total o el 28 % de agua corporal total. El resto del agua se encuentra dentro de las células. El líquido extracelular incluye el plasma, la linfa, el líquido cefaloraquídeo y los líquidos intersticiales. En condiciones patológicas se pueden retener cantidades considerables de líquidos en tejidos subcutáneos o en las cavidades peritoneal, pleural o pericardica.

El principal catión que contiene el líquido extracelular es el sodio, y el movimiento del agua hacia afuera de las células está íntimamente relacionado con el movimiento del sodio, así tenemos que cuando aumenta la excreción de sodio, se pierde agua extracelular, pues el líquido extracelular no se retiene a menos que se retenga el sodio. La excreción de sodio depende de muchos factores, pero los cambios de volumen del líquido extracelular, generalmente modifican el peso corporal. El líquido intracelular es un componente del plasma y está íntimamente ligado con la ---

proteína celular como parte de un sistema coloidal complicado, por lo tanto, los cambios de agua intracelular son comunmente secundarios - a modificaciones de las proteínas en los tejidos. Sin embargo, el -- agua intracelular está en equilibrio osmótico con el líquido extracelular, y por lo tanto, en una persona deshidratada, el líquido intracelular puede pasar a formar parte del líquido extracelular, pero tales cambios solo - afectan una parte del líquido intracelular.

Las proteínas son el principal componente sólido del protoplasma celular, no se almacenan en ningún depósito inactivo. Una parte de - las proteínas ingeridas se incorporan a los tejidos funcionantes y el res - to se transforma en grasas o carbohidratos y es metabolizado como tal. Se puede modificar considerablemente la composición del cuerpo sin que ocurran cambios en el peso del individuo. El ingreso calórico necesario depende del gasto del metabolismo basal y de la actividad del sujeto. Si se asimilan cantidades adecuadas de alim ntos que permitan al sujeto -- llevar a cabo sus actividades normales, no habrá modificación de peso. - Los requerimientos nutritivos aumentarán si se está formando un nuevo protoplasma como sucede en el feto, en los niños en crecimiento, en los adultos que aumentan su masa muscular y en las mujeres embarazadas; - así tenemos que en todos estos casos habrá un aumento de peso. Ahora bien, cabe distinguir que este aumento de peso es diferente en lo que - conocemos bajo el nombre de obesidad.

Las dietas ricas en carbohidratos también producirán un aumento de peso, pues estos suelen convertirse en grasa antes de su oxidación.

El hipotiroidismo es otro de los trastornos que puede producir -
obesidad, pues el mal funcionamiento de la tiroides produce una dismi-
nución de su secreción hormonal que a su vez induce a una alteración
del metabolismo; pero estos casos son raros; reiteramos que en la in-
mensa mayoría de los casos de obesidad, la causa principal es la sobre
alimentación.

El Dr. Eduardo Zorrilla, endocrinólogo, hace una aportación muy
interesante para el estudio de la obesidad. El afirma que las posibles -
alteraciones celulares causantes de la obesidad, se refieren al hecho de
que el número y tamaño de las células del tejido adiposo de personas -
sanas, parece aumentar progresivamente con la edad, hasta llegar a la
adolescencia, y después permanecer fija. Así pues, se podría pensar
que individuos que hacen obesidad en la adolescencia, al tener un mayor
número de células de tejido adiposo, serían aquellos que tendrían difícil-
tades para mantener su peso normal en edades más avanzadas, puesto --
que las células se encontrarían siempre en un estado de "Desnutrición --
parcial" cuando se mantuviera el peso que se considerara ideal. En con-
clusión a esto, podemos afirmar que las personas obesas tienen un mayor
número de células en el tejido adiposo, las cuales tienen también un tama-
ño mayor al de las personas normales.

FISIOLOGIA DEL HAMBRE Y LA SACIEDAD.

Existen diversas teorías para explicar los mecanismos reguladores del hambre, el apetito y la saciedad en el organismo humano.

Desde antes de la Primera Guerra Mundial, los patólogos franceses, al realizar autopsias en personas obesas, encontraron lesiones cerebrales situadas en el hipotálamo, el cual está relacionado además con el control de temperatura corporal y otras funciones, lo que dió origen a otras teorías.

En 1959 Jean Mayer indujo en ratones un exceso en el comer, al hacerles pequeñas lesiones quirúrgicas en el hipotálamo.

Anand y Brobeck de la Universidad de Yale provocaron la saciedad en animales al destruirles pequeñas áreas laterales de los centros de saciedad del hipotálamo.

Otros autores piensan que la sensación de hambre parece deberse a la liberación de cierta substancia en la sangre, lo que a través del sistema nervioso provoca la contracción de los músculos del estómago.

Cannon realizó diversos experimentos en este sentido, al introducir un aparato en la cavidad gástrica; dicho aparato registraba las contracciones, las cuales aparecían al mismo tiempo que las molestias producidas por el hambre.

En 1967 Arees y Mayer llegaron a la conclusión de que lo que se regula no es el hambre, sino la saciedad.

Han surgido varias teorías más, algunas de las cuales se contradicen entre sí, como lo podremos ver más adelante.

Carlsson postuló que el nivel de glucosa en la sangre era lo que determinaba el hambre. Esta teoría tuvo mucho éxito al principio, pero más tarde decayó por no cubrir todos los fenómenos observables.

El Autor de la teoría termostática del hambre fué Brobeck. Este autor afirma que cuando se somete a un sujeto a períodos cortos de calor se reduce la ingestión de alimentos. Agregó también que una dieta excesivamente alta en proteínas también reducía el deseo a dicha ingestión.

Kennedy rebatió la teoría de Brobeck al demostrar que al estar expuesto a un excesivo frío también provocaba una reducción de hambre, y Dale se ocupó en demostrar que había una pérdida de apetito en dietas muy bajas en proteínas.

Bayle rebatió a los exponentes de la teoría termostática porque no realizaron medidas directas, en cambio, él logró probar por medición directa, que la temperatura del hipotálamo es bastante constante.

El Prof. Souleirac de la Sorbona de París afirma que el hambre es una suma de hambres selectivas, y la regulación de la ingestión, una suma de hambres parciales. Esto lo basó en una sólida observación de que cualquier modificación del metabolismo de carbohidratos puede afectar el apetito e incluso el gusto.

Jean Mayer postula la teoría glucostática de la ingestión de alimentos. Sostiene básicamente que en el hipotálamo existen receptores, los cuales poseen una afinidad específica para la glucosa, y que dichos receptores son activados por la glucosa de sangre.

El concepto se basó en el hecho de que la glucosa es el combustible casi exclusivo del sistema nervioso central. La disponibilidad de la glucosa determina a su vez el ritmo a que se utilizan las grasas y proteínas, por lo tanto juega un papel muy importante en la economía del cuerpo, y concluye con que las áreas de saciedad hipotalámicas --- poseen glucorreceptores que regulan la ingestión diaria de alimentos para mantener un peso relativamente constante en el individuo.

DIVERSOS ESTUDIOS REALIZADOS EN OBESOS.

Algunos autores piensan que los programas para el control de la obesidad han tenido un éxito muy relativo, basado sus afirmaciones en los estudios que se han practicado sobre personas obesas en Boston.

Uno de estos estudios se realizó con cuatro grupos de cien obesos cada uno. Al primero de estos grupos se le dejó sin tratamiento alguno. Al segundo se le trató en una clínica dietética. El tercero fué tratado en terapia de grupo; y el cuarto se le trató con psicoterapia individual.

Tres años más tarde fueron reunidos otra vez los sujetos del estudio, y se encontró que ninguno de los tres grupos tratados lograron una mejoría superior al grupo no tratado. Los resultados, a largo plazo, fueron similares en los cuatro grupos, es decir, una pequeña minoría bajó de peso, otra pequeña minoría subió de peso y la gran mayoría se conservó en su peso, pero sufriendo pequeñas variaciones ponderales.

En los últimos años se realizó un estudio a un grupo muy interesante, conocido en Estados Unidos como T.O.P.S. (Take off Pounds Sensibly) (Baje Notablemente de Peso). Se trata de una asociación creada en un principio por una ama de casa que había realizado infructuosamente numerosos intentos de dietas. Esta asociación cuenta actualmente con 60,000 miembros aproximadamente, con filiales en diversos sitios.

La forma de trabajo de T.O.P.S. es semejante en muchos aspectos a la de los alcohólicos anónimos. Realizan convenciones anuales y se envían frecuentes boletines a sus miembros con el fin de animarlos. Al realizarse algunas investigaciones sobre estos grupos, se encontró que en un plazo menor de 6 meses desertaron casi el 50% de las personas que se

habían inscrito, pero de los que duraron más de seis meses, hubo algunos que permanecieron hasta 5 años, y se vió que más de un 80% de estos lograron perder peso, y frecuentemente cifras considerables. El método de trabajo que siguen estos grupos es el siguiente: realizan -- juntas semanales, las cuales principian entonando una canción, o con -- una especie de declaración de llegar a una meta común consistente en "controlar las emociones". Existen claros elementos de dedicación y apoyo en los grupos. A una persona se le encomienda la tarea de --- llevar el récord de peso de cada uno de los miembros. En cada junta se anuncia públicamente el peso de cada persona y la cantidad que -- subió o bajó, o si se mantuvo en su peso. Cuando un miembro -- pierde peso, es aplaudido entusiastamente y recibe gran aprobación --- verbal; si en cambio gana peso, es fuertemente desaprobado. En algunos de estos grupos, el miembro que más peso haya ganado durante la semana, se le llama "El cochinito de la semana", o se le sienta en una área especial denominada "El Chiquero". Se puede observar que

se encuentran aquí presentes los elementos de reforzamiento positivo y negativo, así como la humillación pública. El hecho de perder peso -- es claramente equiparado al "Ser bueno", y "Ser malo", a ganarlo.

Además de las juntas, hay dos hechos que parecen brindar una considerable ayuda: el primero es la ayuda de un compañero -- que interviene en forma de ego auxiliar, cuando algún miembro experimenta gran ansiedad, ó pérdida de control; el otro hecho, es que algunas de las personas que ya han logrado su propósito al haber reducido hasta el peso propuesto, siguen perteneciendo al grupo para brindarles cierta ayuda a los compañeros que aún no han logrado su meta,

*diferencia
entre reforz y neg.*

recordándoles con su presencia y ejemplo el éxito que han alcanzado.

Cabe aclarar que ya desde hace mucho tiempo, tenemos el antecedente de las reuniones de personas obesas, constituyendo una especie de club, como lo ejemplifican perfectamente "Los Documentos Póstumos del Club de Pickwick", de Charles Dickens.

•••

PSICODINAMIA DE LA OBESIDAD.

El niño, en las primeras etapas de su vida transcurre en una alternación de hambre y de sueño. El hambre lo conduce a un estado de molestia y de tensión del cual trata de librarse, lo cual se logra hasta que vuelve a ser alimentado, dando lugar a la aparición de la saciedad, la cual a su vez dará lugar a la aparición del sueño.

Sigmund Freud señala que la sexualidad infantil sigue varias etapas, siendo la fase oral la primera de estas etapas. Durante esta etapa oral característica del primer año de vida del niño, la boca viene representando para él, el instrumento mediante el cual logra su satisfacción logrando dos objetivos a la vez, el primero que se refiere a la satisfacción de su hambre, y el segundo que es la estimulación de la mucosa oral, la cual le resulta placentera. Este segundo paso, explica la succión del pulgar en el niño, pues si bien la succión es un reflejo innato, ligada en un principio a la función nutritiva, después se independiza de ella, proporcionándole una satisfacción autoerótica.

La boca es muy importante durante esta etapa de la vida del niño, pues además de cumplir los requisitos anteriormente mencionados, le sirve para relacionarse con el mundo exterior y para ir diferenciando su propio cuerpo del de su madre. El trato adecuado y cariñoso que reciba el bebé por parte de la madre le será muy beneficioso para evitarle posibles trastornos alimenticios futuros, este trato adecuado deberá de prolongarse a lo largo de las demás etapas del desarrollo infantil, pues si las gratificaciones se circunscribieran a este primer año de vida, estando seguidas de frustraciones en las siguientes etapas, esto daría muy posiblemente

te lugar a fijaciones orales, pues como sabemos, las fijaciones tienen su origen en experiencias de satisfacción instintiva.

Arnaldo Rascovsky afirma que "en la investigación analítica de obesos se demuestra un intenso desarrollo del yo oral en ellos, el -- cual permite que sus expresiones instintivas adquieran a este nivel una máxima capacidad efectora". A este intenso desarrollo del yo en la etapa -- oral, corresponde un yo deficientemente integrado en las siguientes etapas.

El superyo tiene un desenvolvimiento paralelo y antagónico, -- ya que se presenta francamente consecuente con el yo en la etapa oral, -- mientras que adquiere una significación abrumadora e intensamente prohi-- bitiva para el débil yo de las etapas posteriores.

La regresión y la fijación son dos mecanismos que están -- muy presentes en la obesidad, ambas son complementarias entre sí, y en-- tre más fuerte sea una fijación, más fácilmente se podrá producir una re-- gresión a la etapa de la previa fijación en cuanto surgan dificultades. Es bastante frecuente encontrar una identificación del obeso con su madre, -- así como una exagerada relación de dependencia. El desarrollo del obeso en la etapa oral está lleno de "leche" y gratificaciones, lo cual hace más difícil el contraste con que generalmente se encontrarán en las etapas -- posteriores en las que se encontrará con más frustraciones a sus tenden-- cias instintivas. Así pues, el obeso, habiendo obtenido excesivas satis-- facciones a nivel oral, ante niveles de excesiva frustración tenderá a re-- gresar a la etapa que tanta gratificación le proporcionó; es decir, los -- mecanismos defensivos que utilizará con mayor frecuencia serán la fija-- ción y la regresión, dando como resultado el que coma en exceso ante -- la ansiedad.

Fenichel observó que la aparición de una gula particularmente intensa ya sea manifiesta o reprimida, pero presente en forma de derivados, puede hallar su explicación en el erotismo oral.

Hay un proceso digno de tomarse en cuenta debido a la alta frecuencia con que se presenta en personas obesas, se trata de "comer - neurótico", el cual no cabe dentro de las explicaciones dadas anteriormente al referirnos al hambre y el apetito. León Grinberg afirma que en el comer neurótico se recalca una de las funciones especiales contenidas en el comer, que consiste en la negación implícita de la pérdida del objeto, mediante el acto de incorporar repetida y continuamente el alimento que lo - representa, negando de este modo que perdió o destruyó al objeto y procurando mantener un contacto directo y continuo con sus sustitutos, los alimentos, para poder creer en su existencia, logrando calmar la angustia - determinada por la culpa y el temor al objeto destruido".

Para estas personas los alimentos reúnen las cualidades de objeto primitivo. En cada acto alimenticio se renueva la negación como mecanismo de defensa, logrando entender así la insaciabilidad del obeso.

En términos generales podemos afirmar que el obeso como compulsivamente ante la ansiedad, y esa negación se vuelve extensiva, -- llegando a abarcar aspectos más amplios de su vida, configurando un cuadro maniaco característico en el cual pasan fácilmente de la alegría a la depresión, misma que tratan de evitar proporcionándose suministros externos (alimentos). Son diversos los autores que han relacionado al obeso con estados maniacos, señalando que la reacción maniaca tiene como fundamento esencial la situación melancólica subyacente, y que se dirige

a satisfacciones fantaseadas de escaso contacto con la realidad exterior.

A. Rascovsky señala que la obesidad puede ser vista desde diversos ángulos, y uno de ellos sería como un substitutocompensatorio de las frustraciones reiteradas.

Fenichel señala que "muchas personas que perdieron en su temprana infancia a uno de sus progenitores, presentan señales de fijación oral y tienden a establecer junto con sus fijaciones de objeto -- propiamente dichas, extensas fijaciones, es decir, tienden a incorporar sus objetos".

Para Hilde Bruch, el problema de la obesidad está básicamente centrado en la dependencia. Ella afirma que la mayoría de las madres de obesos han dado un trato inadecuado a sus hijos, fomentando la dependencia de éstos niños hacia ellas, lo cual trae como resultado que estos niños siempre estén buscando la ayuda y el apoyo materno.

Estas madres sobreprotectoras hacen de sus hijos individuos víctimas constantes de la incertidumbre y la ansiedad, y como esas madres fueron incapaces de darles un afecto genuino, sino que se limitaron a apaciguar las necesidades del niño ofreciéndoles comida, la comida se convierte en un escudo contra la ansiedad. La comida para las personas obesas posee un exagerado valor que está basado en el amor y la seguridad.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FAMILIA DEL OBESO.

Hilde Bruch afirma que la familia típica del obeso, es generalmente una familia pequeña, en la cual el hijo menor es el que más frecuentemente tiende a desarrollar la obesidad. También se encontró con el hecho de que en la mayoría de los casos que ella estudió, la situación económica -- era bastante buena y se le dedicaba una muy buena parte del presupuesto familiar al rengón dedicado a alimentos. Se ha señalado también que en familias que tienen un sólo hijo, se encuentra otra vez presente una propensión más alta al desarrollo de la obesidad.

La Dra. Bruch llegó a interesantes conclusiones en su estudio de familias en las que había niños obesos, afirmando que prevalecía un ambiente poco armónico en ellas, atribuyendo ésto principalmente a las diferencias caractereológicas y temperamentales entre los padres, ya que era notorio el papel fuerte y dominante adoptado por la mayoría de estas madres, contrastando fuertemente con el de los padres, los cuales se mostraban muy pasivos y sumisos ante las exigencias de sus esposas.

Estas madres tan dominantes dificultaban mucho el logro de la independencia de sus hijos, a la vez que interferían el desarrollo normal de los sentimientos de seguridad de los niños, les prodigaban cuidados extremos y exageradas atenciones, llegando a hacerse casi indispensables para sus hijos, lo cual traía como consecuencia una exagerada dependencia de estos niños con sus madres, situación que se prolonga a edades más avanzadas, trayendo como resultado que estas madres retuvieran los hijos a su lado al máximo.

Podemos ubicar a la sobrealimentación como algo que se ha enseñado y estimulado en los niños desde pequeños, llegando así a constituir hábitos difícilmente modificables debido a la edad a la que se han implantado.

No es raro encontrarse con un fenómeno que podría extrañar a primera vista, y es el hecho de que estas madres que han propiciado y hasta premiado la sobrealimentación de sus niños, sean las primeras en ridiculizarlos cuando son adolescentes, burlándose del aspecto físico que presentan.

Arnaldo Rascovsky realizó un estudio con ciento cincuenta niños a los cuales estuvo observando durante varios años. Las conclusiones a las que llegó son muy similares a las de la Dra. Bruch, es decir, Rascovsky encontró también la combinación muy marcada de un carácter fuertemente dominante por parte de la mujer contraponiéndose a una extrema pasividad masculina.

La estimulación oral que estos niños recibieron por parte de sus madres fué muy fuerte, lo que iba dando lugar al desarrollo de la adiposidad, y simultáneamente podía observar que el desarrollo motor de estos niños era muy lento, comparándolo con otros chicos de su edad. Esto podría traducirse de la siguiente manera: "come, pero estáte quieto". Esta situación también se prolonga durante el crecimiento del niño obeso, llegando a ser personas adultas que nunca o en muy raras ocasiones practican algún deporte, es más generalmente el trabajo que desempeñan ellos es el tipo de trabajo que no requiere un esfuerzo físico considerable.

LA SITUACION SOCIAL DEL OBESO.

La situación social del obeso varía según el medio social en que éste se desenvuelve, y obviamente según los valores e ideales de belleza que tenga dicho medio social. Lo que sí se puede afirmar es que -- en la actualidad de nuestra cultura occidental, el ideal de belleza -- que prevalece, dista mucho de estar de acuerdo con la obesidad, hecho por el cual las personas notoriamente excedidas en su peso, son un -- blanco propenso a las burlas y ridiculizaciones de los demás.

Esto es posible de observarse desde tempranas épocas en la vida del niño, en las cuales sus compañeros de juegos se ríen del "gordito". Ahora bien, cabe preguntarse que efecto tienen o predictiblemente tendrán estas actitudes de los demás en el niño obeso.

En general, serán como factores que ayuden a incrementar la inseguridad ya existente en él, y por lo tanto, se verá en la necesidad de recurrir a algo que sí le proporcione seguridad y bienestar, y ese algo es el alimento, llegando a cerrarse así el círculo vicioso que tan frecuentemente encontramos en los casos de obesidad.

Ahora bien, dentro del grupo de las personas obesas, cabe distinguir que hay quienes se ajustan bien a su situación y viven tranquilas así.

Pero para la gran mayoría, su obesidad constituye un constante -- problema difícil de solucionar. También tenemos un grupo intermedio -- entre los dos que señalamos anteriormente, y es el formado por personas que aceptan más o menos su situación, pero que muestran gran angustia cuando se sienten presionados para reducir su peso; y esto no es nada raro de que se presente, debido a las complicaciones que trae ----

consigo la obesidad, y aquí ya no estamos hablando exclusivamente de una cuestión estética sino de graves complicaciones posibles para la salud del individuo, tales como una mayor propensión hacia la diabetes, trastornos cardiovasculares, dificultad para respirar, etc.

La Dra. H. Bruch afirma que el niño obeso, en general, crece con un desarrollo inadecuado del sentimiento de seguridad, que en condiciones normales debiera existir en todos los niños, además de una baja autoestima y de sentir que no cuenta con la ayuda del mundo exterior.

Esta actitud hacia la vida, hace al individuo una víctima constante de incertidumbre y ansiedad.

LA OBESIDAD VISTA COMO UN TIPO DE ADICCION.

Las personas drogadictas se caracterizan por la voracidad, insaciabilidad e intolerancia para la postergación de la gratificación. Respecto a la impulsividad en las adicciones, Rado afirma que "no es el agente tóxico, sino el impulso a usarlo, lo que hace de un individuo un adicto".

Esto es posible confirmarlo en la práctica del estudio clínico con algunos obesos. Es bien sabido que muchos médicos tratan de combatir el exceso de peso mediante la prescripción del uso de drogas -supresoras del apetito, la mayor parte de las cuales contienen anfetaminas o derivados de éstas. Estos anoréxicos no sólo logran disminuir el apetito de las personas, sino que además provocan una acción cótica euforizante que va acompañada de una sobreactividad y una reducción en las horas de sueño del individuo. No es raro que los pacientes que son sometidos a tales tratamientos a base de anoréxicos, empiecen a aumentar por iniciativa propia, las dosis que inicialmente les fueron prescritas, y a volverse adictos a dichos medicamentos.

Esto se puede comprobar cuando vemos a algunos pacientes, que aunque hayan llegado a reducir hasta el peso deseado, siguen consumiendo aún dichos anoréxicos; o bien, podemos encontrarnos con otros casos, como lo es el de personas que aunque tomen anoréxicos, no logran reducir su impulso a ingerir alimentos, esto a pesar de que no sientan hambre.

Robert A. Savitt afirma que "mientras el núcleo de los procesos de adicción existe en todos nosotros bajo formas benignas, - tales como un deseo de comida, de tabaco, de dulces o de café, las - vicisitudes del desarrollo temprano del yo y su posterior maduración - que facilitan la fijación y fomentan la regresión, parecen jugar un pa- pel dominante en la predisposición de un individuo a la formación de - un deseo mórbido y mutilante".

En la literatura analítica aportada por Savitt, se encuen- tran diversas referencias en este sentido, como por ejemplo, la de un paciente que inconscientemente igualaba la inyección de heroína con la incorporación de comida (pecho-madre). Este paciente afirmaba que una vez que metía algo dentro de su cuerpo, se sentía seguro.

Así pues, para el estudio de la obesidad, sería recomen- dable hacer una revisión de los procesos de las adicciones, pues de -- ellos se podrán sacar puntos de interés que nos sirvan para compren- der mejor en un momento dado, que es lo que está sucediendo, a la - vez que nos ayudaría a ponernos en guardia para no caer en la trampa de las anfetaminas.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la obesidad es una cuestión muy delicada y difícil. Cuando nos encontramos con casos de obesidad en los que ya se han descartado la presencia de posibles trastornos endocrinológicos y metabólicos, la literatura médica existente al respecto señala que el único método eficaz para el tratamiento de la obesidad es la dieta, o sea la disminución del ingreso calórico por abajo de los requerimientos energéticos; esto generalmente se puede y se debe lograr sin reducir la ingestión de minerales, vitaminas y aminoácidos esenciales a niveles peligrosos.

La prescripción del número de calorías por día que debe ingerir un paciente sometido a régimen para perder peso, no es una cosa fija, sino que variará de persona a persona de acuerdo al tipo de vida que el paciente lleve, su actividad física, y la urgente necesidad que tenga de perder peso, entre otros factores. Lo que sí se puede afirmar en términos generales es que una ingestión calórica diaria que suministre entre 800 y 1200 calorías, será satisfactoria para una dieta de reducción.

Es muy importante el control de una adecuada ingestión de proteínas, dicha ingestión será de por lo menos 1 gramo diario -- por cada kilo de peso corporal. Las cantidades de grasa se deberán de mantener bajas, así es de que una vez satisfechos los requerimientos protéicos, la mayor parte del remanente de la dieta se complementará con hidratos de carbono. Si es necesario, se administrarán ---

vitaminas durante el tiempo que dure la reducción. Algunas personas sugieren restringir la ingestión de sodio para perder peso rápidamente; esta es una solución efectiva pero temporal, pues el peso retornará en cuanto se le vuelva a añadir sal a la dieta; por lo tanto, se puede afirmar que los dramáticos resultados que se obtienen con dieta sin sal no son recomendables por no ser permanente.

Desde hace tiempo se ha intentado lograr la reducción de peso mediante la prescripción de diversos medicamentos, hormonas, o agentes químicos, solos o combinados entre sí, pero pensamos que son inútiles o peligrosos y que realmente no tienen lugar en un adecuado -- tratamiento de la obesidad.

Las drogas anoréxicas son especialmente peligrosas cuando existen enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, además de que muchas de ellas pueden crear hábito y producir insomnio.

Las drogas que elevan el metabolismo no son convenientes. La tiroides no tiene, o cuando mucho tiene una escasa función, en el p -- tratamiento de la obesidad. La asociación de un metabolismo basal --- bajo con la obesidad se debe solamente al hecho de que en el metabolis- mo basal se mide el consumo de oxígeno en términos de la superficie -- corporal. El área corporal en las personas obesas está aumentada, pe- ro este aumento es debido a un tejido poco consumidor de oxígeno que es el tejido adiposo, más que a otros tejidos más activos, por lo que el -- metabolismo basal resulta aparentemente bajo. En realidad, los -----

los requerimientos calóricos basales de una persona obesa, son mayores de lo que lo serían si esa misma persona tuviera un peso normal, ya que el tejido adiposo tiene un metabolismo lento pero definido. Se ha indicado que las personas obesas con un metabolismo basal bajo, pueden tolerar 0.2 gramos o más de tiroides por día sin modificación de su metabolismo basal. También es sabido que una prolongada administración de tiroides puede llegar a suprimir la secreción normal del paciente.

Se ha hablado mucho de la importancia del ejercicio como factor que ayuda a la reducción de peso, pero la realidad es que si bien es cierto que el ejercicio aumenta la producción de energía, también lo es el hecho de que para poder modificar el peso de una manera significativa, sería necesaria una cantidad enorme de ejercicio diario, que a su vez provoca un aumento de apetito. La importancia del ejercicio -- quedaría ubicada entonces, no como un factor que ayude a lograr la reducción de peso, sino que sería una prevención para evitar la flaccidez de la piel de la persona sometida al régimen reductivo.

La sobrealimentación está muy frecuentemente asociada a factores psicológicos, por lo que el tratamiento que se dé al paciente -- tendrá que ser muy completo, tomándolo a este como una unidad biopsicosocial para poder alcanzar la meta. La simple prescripción de una dieta para alcanzar la reducción de peso suele fracasar si es que no se toman en cuenta otros aspectos de la vida del individuo. Se debe de -- averiguar si el paciente siempre ha sido obeso o cuando empezó a engordar, ver si el comienzo del desarrollo de su obesidad coincide con -- algún hecho o cambio importante de su vida. Es conveniente estudiar

si su alimentación varió en cantidad nada más o si hubo un cambio en calidad. También es aconsejable interrogar al paciente acerca de sus anteriores intentos para lograr la reducción si es que los ha habido y como han sido. En fin, mientras más datos podamos obtener, será mejor, pues así tendremos una base más sólida para controlar la situación actual.

Muy a menudo ocurre un fenómeno que interfiere con el tratamiento médico, y es que el obeso, al ser interrogado acerca de sus hábitos alimenticios, suele mentir. La mayoría dicen no explicarse el porqué de su gordura, pues según ellos comen muy poco. Muchos efectivamente comen poco, pero tan solo ante la presencia de la demás gente; en cambio, al estar a solas, comen vorazmente. Todo esto es difícil que el obeso lo llegue a confesar pues generalmente le da pena admitir su glotonería, de aquí que la persona que lo trate deberá ser muy cautelosa y se esforzará en ganarse la confianza y sinceridad de su paciente.

La colaboración de un psicoterapeuta con un médico es muy recomendable, si no es que indispensable. Dicha colaboración será una enorme ayuda para lograr un éxito definitivo, pues permitirá al paciente la modificación de sus actitudes orales ante situaciones específicas y le hará ir tomando conciencia de que tiene que realizar un esfuerzo para poder alcanzar la consecución de su propósito.

Muchos obesos, por su misma actitud de dependencia, esperan que al someterse al tratamiento reductivo se les suministrarán alimentos que por sí solos logren dicha reducción. Esto equivaldría a una solución mágica característica del pensamiento primitivo. El obeso deberá aprender a ser más independiente y a encarar sus problemas, realizando él mismo el esfuerzo necesario para solucionarlos. De no tomarse todo esto en cuenta, la dieta por sí sola, rara vez resultará eficaz para dar resultados duraderos.

El tratamiento estará básicamente encaminado a corregir los malos hábitos alimenticios del paciente tomando en cuenta -- los factores que propiciaron la obesidad y las circunstancias ante --- las cuales se desarrolló.

BIBLIOGRAFIA:

- | | |
|--|--|
| Overweight. | Jean Mayer.
(Prentice Hall 1968). |
| Psicología Médica. | Ramón de la Fuente.
(Fondo de Cultura Económica). |
| Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. | Otto Fenichel.
(Ed. Paidós). |
| Tratado de Medicina Interna. | Cecil y Loeb.
(Ed. Interamericana). |
| Aspectos Psicológicos de la Obesidad. | Hilde Bruch. |
| Psiquiatría Clínica Moderna. | Arthur P. Noyes. |
| Los Documentos Póstumos del Club
de Pickwick. | Charles Dickens. |

OTRAS OBRAS CONSULTADAS.

- | | |
|--|-------------------------------|
| Patología Psicósomática. | A. Rascovsky y colaboradores. |
| Estructura Psíquica del Obeso. | A. Rascovsky y colaboradores. |
| Obesidad y Dos Tipos de Alimentación. | A. Garma. |
| Enfoque Psicósomático en el Aparato
Respiratorio. | J. Cuelli. |
| Algunos Aspectos de la Obesidad a Través
del Personaje Falstaff de Shakespeare. | D. García Reynoso. |
| La Negación en el Comer Compulsivo y en
la Obesidad. | León Grinberg. |

