
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES MEDICAS
INSTITUTO Y CATEDRA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

**"OBESIDAD: UNA VISIÓN
ANTROPOLÓGICA"**

Por: Julio César Montero
Médico

2001

OBESIDAD: UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA

...de nuestro actual sistema médico puede decirse que cultiva enfermedades.

"Cuando un carpintero está enfermo pide a su médico un remedio fuerte y rápido [...]. Y si alguien le dice que debe seguir todo un curso de dietética, y cubrirse y envolverse la cabeza, y toda esa clase de cosas, él replicará inmediatamente que no tiene tiempo para enfermarse y que no ve nada bueno en una vida que se pasa fomentando una enfermedad en detrimento de su trabajo normal. Por eso, dice adiós a esa especie de médicos y vuelve a su dieta acostumbrada y, una de dos: o se alivia y vive y lleva adelante su negocio, o si su constitución no resiste, muere y termina con todo"¹

Platón. La República: 405-6

La obesidad y sus significados

La obesidad no existió significativamente para la especie humana hasta hace unos 10.000 años. Con el advenimiento de la agricultura y, más intensamente, con la llegada de la Revolución Industrial, la obesidad se convierte en la primera de las "enfermedades de la civilización" (1).

La obesidad, puede comportarse como una condición adaptativa ventajosa o como una enfermedad, según que la acumulación de reservas resulte protectora de la falta de alimentos o que se convierta en una sobrecarga mecánico-metabólica. En la primera situación las reservas se acumulan transitoriamente, sólo durante la época de abundancia de alimentos, mientras que en el segundo se mantienen en forma permanente y casi nunca

¹ En cuanto a la sensación y actitudes que despierta en los pacientes y en otros sectores sociales, este tipo de tratamientos, dirigidos a la compensación de los efectos de enfermedades metabólicas crónicas, el concepto expresado tiene plena actualidad.

llegan a ser utilizadas. De una u otra forma, obesidad-protección y obesidad-enfermedad, han estado presentes en la historia del hombre, con un cambiante significado social según las características y las condiciones de vida en los distintos momentos evolutivos de la humanidad.

El conocimiento empírico de que los obesos tienen una mayor supervivencia ante la falta de alimentos, dio a la obesidad el significado semiológico de una señal que descarta el riesgo inmediato que genera la subalimentación, incorporándose inicialmente a la cultura, como una situación protectora. Al mejorar las condiciones de vida se prolongó la existencia humana al mismo tiempo que aumentaba la disponibilidad de alimentos. Con esos cambios, la obesidad-protección comenzó insensible y lentamente a transformarse en obesidad-enfermedad. La obesidad-enfermedad biológica, se produce cuando se acumula un exceso de grasa durante un tiempo suficientemente largo. Sin embargo la obesidad-enfermedad, también existe en el ámbito psicológico y hasta a veces en ausencia de exceso de grasa. Debido a los comportamientos y actitudes sociales, gran cantidad de obesos se sienten responsables de haber enfermado, de provocar su enfermedad. Los orígenes de este comportamiento social son múltiples. En los textos religiosos se menciona a la gula (14) como uno de los pecados capitales, razón por la cual la obesidad hasta parece ser un justo castigo. La sociedad con sus "buenos consejos" cree brindar al obeso el camino de la solución a su problema, dando ocasión para la interpretación social de que el obeso elige el placer a la salud. Estas y otras razones han convencido de ello al enfermo y a gran parte de la sociedad, incluyendo a muchos médicos.

Debido al vacío de investigación científica en torno a la obesidad, en la primera mitad del siglo XX, han perdurado mitos que han sido incorporados como verdades al inconsciente colectivo. La falta de una investigación acorde con las características del problema y la

actitud de los sistemas médicos han convergido para crear una atmósfera irreal, acorralando al paciente entre los males que le ocasiona su enfermedad, las presiones sociales contra todo lo que sea obeso, la negativa de una prestación médica racional y adecuada, las exigencias infundadas y arbitrarias hacia algunos métodos terapéuticos y las sabias recomendaciones familiares y populares, muchas veces instrumento de propagandas comerciales y conveniencias sectoriales encubiertas.

Ríos de tinta y mares de saliva se han gastado en recetar y explicar recetas de deliciosas comidas que no consiguen disminuir la obesidad, esfuerzos proporcionalmente demostrativos a su ineficacia, aunque no libres de problemas pues agregan a la vida del obeso otros problemas y amenazas: hambre, carencias y alteraciones del comportamiento alimentario.

Es sorprendente que la enfermedad crónica no transmisible más frecuente, en el mundo occidentalizado, haya sido minimizada y desvalorizada como problema de salud individual y pública y hasta resulta curioso que la cultura haya denunciado a la obesidad -aunque por diferentes razones, con más fuerza que la medicina.

La borrosidad de los límites entre la obesidad como problema estético y la obesidad como factor de riesgo; la hipótesis de la autoprovocación de la enfermedad, el hecho de ser un problema más cuantitativo que cualitativo (al menos en sus comienzos), entre otras razones han generado las condiciones para que los sistemas médicos no asuman la debida responsabilidad en su tratamiento como enfermedad. Han postergado el problema; deberán tratar las consecuencias, más costosas que la obesidad misma. En su disculpa se podría argumentar que ni desde el punto de vista individual ni desde el sanitario reviste la jerarquía de una urgencia. Sin embargo, al ser tantos los individuos afectados, es tan grande su impacto, que recuerda el ritmo de las epidemias de las enfermedades contagiosas.

El problema continua en expansión con tal serena impertubabilidad que estadísticas norteamericanas señalan que de continuar esta tendencia, en el año 2.230 toda la población estadounidense será obesa, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud.² Durante 2.500 años los médicos aplicaron conceptos hipocráticos para tratar la obesidad, pues en ese lapso la medicina no había generado otras, ni mejores propuestas. Hasta no hace mucho se seguían (y algunos continúan) confundiendo las causas de la obesidad con los mecanismos de ganancia de peso. Médicos, psicólogos, psicoanalistas, masajistas, fisiatras y gimnastas intentaron, cada uno a su manera, disolver la amorfa, elástica, recidivante y noble grasa de reserva, que porfiadamente resiste a sus métodos y la mayoría de las veces regresa superando su volumen inicial. Para el grupo de los tratantes, la obesidad es todo un desafío y se convierte en una situación que expone a la pérdida de la autoestima.

Simbolismo y evolución de la figura humana.



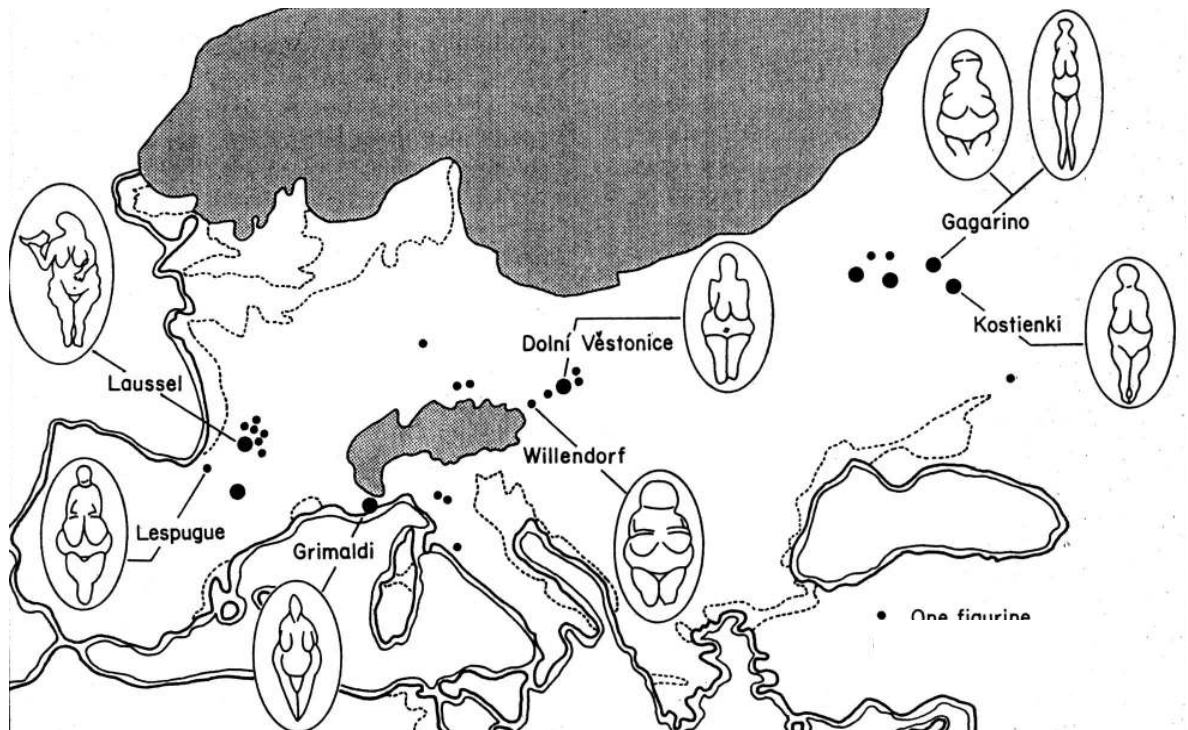
Por medio de las figuras e imágenes humanas, el arte expresó las características, costumbres y rasgos más trascendentes para cada cultura. Del período paleolítico data la estatuilla humana más antigua, de unos 25.000 años, hallada en el actual territorio de Austria³, en la región de Willendorf: representa a una mujer obesa, la venus de Willendorf. Seguramente ésta mujer fue un modelo destacado por la cultura de ese pueblo, acosado por la incertidumbre

alimentaria y la consecuente amenaza de extinción. La mujer obesa era una imagen que

² Las estadísticas actuales indican que el 55% de la población norteamericana presenta exceso de peso.

³ Se encuentra en el Museo de Ciencias Naturales de "María Teresa". Viena. Austria.

simbolizaba la esperanza de supervivencia para la especie. La función nutricia de la mujer comprende la alimentación de la descendencia desde el momento de la concepción hasta el fin de la lactancia; momentos claves para el desarrollo y perpetuación de la especie. La Venus de Willendorf destaca la obesidad masiva y el importante desarrollo abdominal y mamario, verdaderos monumentos a la preñez y a la fuente nutricia para la descendencia. Otras Venus europeas guardan similitudes que revelan el intercambio cultural y la similitud de necesidades en esos pueblos de la Edad de Piedra. Gran cantidad de estatuillas femeninas similares, halladas desde el sudoeste de Francia hasta Rusia, al norte del mar Negro, lo confirman (2).



Para los hombres prehistóricos era casi imposible el acopio de alimentos, razón por la cual hacían una distribución igualitaria de los mismos entre los integrantes de las tribus. Sin embargo que en la prehistoria, correspondiente al período más frío de la última glaciación 27.000 - 19.000 aC en Europa, hayan existido venus obesas, sugieren la existencia (aunque excepcional) de alguna forma especial de organización, que permitía el almacenamiento de alimentos o del desarrollo de estrategias para poder sobrealimentar a algunos de sus miembros (3).

Con el desarrollo de la agricultura y la ganadería entre 10.000 y 5.000 aC, la provisión de alimentos fue más regular y segura (32) y la necesidad de la obesidad como protectora fue disminuyendo. Las Venus del neolítico, así lo reflejan. La reducción de la figuras de Miss Valle del Indo, Chipre y Siria lo demuestran en el siguiente cuadro, con datos tomados de "El hombre al desnudo", de Desmond Morris.

IMAGEN	EPOCA	MEDIDAS (EN CM)		
		BUSTO	CINTURA	CADERA
Venus de Willendorf	25.000 años AC	240	220	240
Miss Valle del Indo	2.000 años AC	112	85	118
Miss Chipre	1.500 años AC	107	105	110
Miss Siria	1.000 años AC	78	65	90

La fuerza y la potencia de algunos robustos atletas fue muy bien considerada por algunos sectores sociales griegos, según se desprende de la fama de Milo de Crotón, famoso por su apetito⁴ y el más famoso de los luchadores griegos(entre 536-520 aC) (4). Sin embargo, en el Corpus Hipocráticos fueron reconocidos los riesgos de la obesidad, como se desprende de su afirmación: *"la muerte súbita es más frecuente en aquellos que son naturalmente*

⁴ Se le atribuye haber consumido 9 kg de carne, 9 kg de pan y 8,5 lt de vino en un solo día.

obesos ". Paulatinamente y a pesar de alguna reivindicación Renacentista la figura obesa fue perdiendo valor sociocultural como ideal de belleza.

Progresivamente los gustos populares fueron cambiando y ejerciendo presión sobre el individuo, al tiempo que los cambios conseguidos realimentaban la ambición nuevos y más exigentes modelos. Las medidas corporales de dos Miss Suecia, con sólo 29 años de distancia, materializan el espectacular cambio en los gustos por la figura humana deseable.

CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS DE MISS SUECIA. Según Stephan Rössner.			
Año	Talla(metros)	Peso (kg)	BMI (kg/m ²) ⁵
1951	1.71	68.500	23.45
1980	1.75	49.000	16.01

Miss Suecia de 1980 era 4 cm más alta y su peso 19,500 kg menor y según el valor de su BMI su peso era subnormal. Los gustos populares que destacaron las imágenes femenina protectoras del embarazo y de la procreación se han volcado hacia otras con muy dudosa capacidad para sobrellevar un embarazo bien nutrido y asegurar una lactancia y vida adulta normales !(33).

La proporción entre el perímetro de la cintura y la cadera es, según un estudio de Devendra Singh, una señal de atracción sexual. Ante los ojos del varón la figura femenina ideal es aquella en la cual el perímetro de la cadera supera en un tercio al de la cintura, proporción que sería la traducción visible de un equilibrio hormonal asegurador de la reproducción y la supervivencia de la especie. Esta señal que se mantiene con gran independencia del peso corporal y del volumen de la figura, tiende a perderse con la actual persecución de una figura femenina que se va alejando de estas proporciones.

⁵ Body Mass Index: relación de uso médico, indicativa de la corpulencia. Su valor normal para la raza caucásica está comprendida entre 18,5 a 24,4 kg/m².

¿Figura ideal o peso ideal ?

La cultura se refiere a patrones aprendidos de conductas y creencias, característicos de una sociedad o grupo social. Incluye valores de todo tipo, desde la alimentación, los medios de producción, el manejo de su economía, hasta elementos ideológicos como la estética del cuerpo. Las conductas derivadas de la cultura y las creencias se adquieren en la infancia y raramente son cuestionadas en la adultez, considerandose las como un conocimiento "obvio" que trasciende a la descendencia. La relación existente entre figura y peso lleva a situaciones confusas en que para las culturas "occidentalizadas", la delgadez es considerada un sinónimo de belleza y la gordura, de fealdad. Sin embargo, ni la obesidad tiene connotaciones negativas en todas las culturas, ni la delgadez es para todos sinónimo de belleza. Debido a que la autovaloración y la sexualidad, obedecen a razones que no son constantes ni iguales para todas las culturas, el prestigio de las antiguas Venus perdura en algunas culturas primitivas actuales. Para los nigerianos, expuestos a la subalimentación y como contrapartida de la connotación negativa que conlleva la delgadez, la obesidad es un signo de prosperidad y de salud (5). Coincidentemente, las mujeres africanas americanas cuyo riesgo de sobrepeso y obesidad duplica al de las blancas, presentan una actitud más tolerante ante esta realidad, pues su autoestima no se correlaciona con la obesidad de la misma manera que en las blancas, posiblemente vinculada con las cuestiones ancestrales relativas a la escasez de alimentos. Estas diferentes interpretaciones, aun dentro de una misma sociedad se observa también en algunos mexicanos-americanos que han acuñado el término "gordura mala" para distinguir las formas de obesidad perjudiciales para la salud, de la "gordura", que aun continúa teniendo una connotación cultural positiva para esos

mismos grupos (6). Estos ejemplos hacen comprensible el diferente significado de la figura corporal, según el contexto en que se desarrolla y vive el individuo.

La belleza tiene tanta fuerza y repercusión social que para alcanzarla se suele recurrir a técnicas que alteran el estado de nutrición y la composición corporal, en búsqueda de modificar la figura. En algunas culturas en que la ganancia de peso antes del casamiento es un prerequisite para asegurar la buena evolución del embarazo y la lactancia (7) (8), como en la de los kenianos Kipsigis, se acostumbra engordar a las púberes en condiciones de cautiverio, hasta convertirlas en obesas. Alcanzar este estado, que es ventajoso para contraer matrimonio, puede llevar hasta 2 años de prácticas alimentarias hipercalóricas y de reducción de la actividad física. Estas novias obesas son más valorizadas, porque la obesidad femenina es tomada como un símbolo de maternidad y de seguridad para la descendencia (9).

Para las mujeres de Puerto Rico, ganar peso luego del casamiento es una demostración de la capacidad proveedora del esposo y de sus aptitudes como esposa, cocinera y madre.

También es un signo de fidelidad, ya que no es bien considerado que una madre y buena esposa demuestre preocupación por mejorar su apariencia física. Por esa razón la pérdida de peso es desalentada en esta sociedad.

Por el contrario, en las culturas occidentales la probabilidad de contraer matrimonio es menor para las mujeres obesas y en caso de hacerlo se asocia con más frecuencia a un descenso en la escala socioeconómica (Gortmaker, 1993).

Estos hechos demuestran que el menos para las mujeres la apariencia física es el factor más importante para contraer matrimonio, con independencia si es obesa o delgada (10). La imagen es algo muy personal y no alcanzar el ideal propuesto constituye muchas veces un punto de disgusto y de sensación de fracaso. Es de gran importancia el conflicto que se

plantea al pretender objetivos a veces inalcanzables. En este punto es interesante citar el trabajo de Foster et al (1997) que estudió en 60 mujeres (con una media de peso de 110 kg), la sensación que producía el descenso de peso conseguido. Estas mujeres consideraban que una reducción del 32% del peso inicial era el “peso feliz”, del 38% correspondía al "peso soñado", del 25% resultaba solamente “aceptable” y del 17% era “decepcionante”. Después de 48 semanas de tratamiento, con una pérdida de peso promedio de 18 kg, aproximadamente la mitad de las participantes no había alcanzado aún ni siquiera el peso considerado como decepcionante. Sin embargo, desde el punto de vista médico una pérdida sostenida del peso del 10 % del peso corporal se considera un éxito, pues es suficiente para corregir la mayor parte de las anormalidades metabólicas asociadas con la obesidad (34). El fracaso en alcanzar un objetivo ponderal, que de antemano se vislumbra casi imposible, puede dejar en la persona y en la sociedad un sentimiento de frustración, inadecuación, etc. a pesar de los beneficios objetivos de esa pérdida de peso.

Sociedad, cultura y su concepto de obesidad

El concepto cultural de obesidad difiere del biológico y evolutivo. Según Brown existen 3 niveles en el sistema de la cultura; la economía productiva, la organización social y el sistema de creencias (11). La definición social de obesidad encuadra dentro de las creencias, dependiendo del ojo del observador, como fenómeno subjetivo relacionado con los ideales de belleza, posición social y económica, comportamiento social, demostración de fuerza y perseverancia, etc.

La definición social de tamaño y forma corporal ideales, responde más a estándares estéticos que a razones médicas, resultando para las sociedades americana y europea en cuerpos ideales más delgados que para la medicina, especialmente para el sexo femenino.

En concordancia, desde 1.943 hasta 1.980, la definición de peso ideal fue descendiendo para las mujeres, mientras permaneció casi constante para los varones (6).

Mientras tanto el "sentirse gordo/a", es una queja frecuente aun entre individuos que no lo son, razón por la cual la obesidad además de ser una condición física es experimentada a nivel psicológico y a veces sólo de ésta última manera (12), comportandose muchas veces como una cualidad "incorporable" difícil de remover una vez aplicada, aun luego de perder peso.

La propuesta médica de considerar obesidad riesgosa a la que se produce a expensas de la grasa abdominal, dandole menos importancia a la grasa periférica, probablemente poco modifique por el momento la definición cultural e individual de obesidad (13).

El exceso de peso se acompaña de discriminación social, que se hace evidente a todo nivel: en cada aspecto de su vida se le recuerda al obeso que vive en una sociedad que odia la gordura (Wadden & Stunkard, 1993). La sociedad en la mayoría de sus expresiones rechaza la imagen del obeso y lo desconoce como un integrante cuantitativamente importante -y en aumento en la misma, al punto que asientos, pasillos, mobiliario, indumentaria, etc. no contemplan en general a personas con esta característica.

La religión no ha estado al margen del origen de estas actitudes discriminatorias. Para el budismo y para el cristianismo la obesidad es estigmatizante; para el primero representa un castigo por pecados morales cometidos en vidas anteriores, para el cristianismo sería una consecuencia de transgresiones contra la voluntad Divina (14). El resultado de la estigmatización es la constante discriminación que soportan los obesos como lo evidencia un estudio en el cual a niños y adultos de peso normal se les mostraron imágenes de:

- niños normales;

- niños utilizando muletas o aparatos ortopédicos en uno de sus miembros inferiores.
- niños en silla de ruedas con la parte inferior de su cuerpo cubierta por una sábana.
- niños con pérdida de uno de sus brazos.
- niños con desfiguración facial peribucal.
- niños obesos.

Cuando la población de peso normal fue invitada a seleccionar aquellas imágenes que le agradaran menos, eligieron en primer término a los obesos, siendo una de las explicaciones más frecuentes el considerarlos "responsables" de su discapacidad, a diferencia de los otros grupos de dismórficos que fueron apreciados como víctimas de la fatalidad y del medio ambiente (15) (16). En otros estudios, las personas obesas ocupaban el mismo lugar en la escala de valores que las prostitutas y los estafadores, mientras que estudiantes norteamericanas preferían casarse con adictos a la cocaína y divorciados antes que con obesos (17). Niños de 6 años han descrito a sus compañeros obesos como holgazanes, sucios, estúpidos, feos y mentirosos (18).

En la sociedad norteamericana el sobrepeso y la obesidad son vistos como símbolos de una moral carente de autocontrol. Inversamente la delgadez especialmente en las mujeres es vista como un signo de autocontrol, de poder sobre las comidas.

A pesar que no existe demostración que la obesidad y la inteligencia se asocien negativamente, en algunas instituciones norteamericanas se había comprobado una disminución del porcentaje de obesos entre los estudiantes de más elevado ranking en las calificaciones. Este hecho fue la consecuencia de una política discriminatoria de los centros de estudios más jerarquizados tendiente a limitar el ingreso de estudiantes obesos (19). La discriminación alcanza también al ámbito laboral. En un estudio realizado en California, se

comprobó renuencia en los empleadores para contratar obesos: las personas con exceso de peso fueron vistas como menos deseables, desorganizadas, indecisas, inactivas y menos exitosas (20). Esta tendencia desvalorizante se reflejó en los salarios más bajos percibidos por los obesos, para igual jerarquía laboral (21).

Otros problemas que suelen sufrir muchos obesos y que influyen en su discriminación son los desórdenes de la alimentación, la distorsión de la percepción de su imagen corporal y las consecuencias de los tratamientos antiobesidad (22).

Clase socioeconómica y obesidad

La delgadez es un ideal en los ámbitos donde es fácil ser obeso, mientras que la preferencia por la gordura se produce en los ámbitos donde lo más fácil ser delgado. Alcanzar y mantener cualquiera de éstos en su particular contextocultural requiere esfuerzos individuales y económicos, lo cual es también una forma de evidenciar status, determinación y poder. La práctica de ejercicio y las comidas dieta hacen suponer que la aproximación al cuerpo ideal es algo que puede adquirirse si se puede invertir suficiente tiempo y dinero. Un cuerpo delgado, así también como uno bronceado, es visto como una señal de tiempo libre y de personas ricas y bellas.

La clase social es un poderoso predictor de la prevalencia de obesidad, aunque el sentido de la asociación varía con el tipo de sociedad. En países en desarrollo existe una fuerte relación positiva entre la clase social y la obesidad en los varones, mujeres y niños, y una correlación inversa entre clase social y malnutrición calórico-proteica. En las sociedades opulentas, como la norteamericana, existe una fuerte correlación inversa entre clase social y obesidad, especialmente en las mujeres. Esta asociación no es constante en todos los lugares ni a todas las edades. Garn y Clark han demostrado que las niñas con mejor nivel

económico son más gordas que las pobres, pero cuando adultas tienen menos sobrepeso y obesidad.

Actualmente la mayor prevalencia de obesidad se da en los nativos Nauru de la Micronesia, entre quienes el 84.7% de los varones y el 92.8% de las mujeres adultos son obesos, atribuible a un brusco incremento de los ingresos de estos individuos con un cambio hacia la "occidentalización" de su estilo de vida.

La revisión de 144 estudios en Estados Unidos y Europa, entre estado socioeconómico y obesidad, demostró entre las mujeres una relación inversa entre peso y estado socioeconómico, menos consistente en los varones y niños, mientras que en los países en desarrollo la relación fue positiva (23). Las evidencias sugieren que la obesidad puede conducir a un bajo estado socioeconómico aunque un bajo estado socioeconómico también podría conducir a la obesidad (24).

Creencias populares acerca del peso corporal y su manejo

"La mayor parte de los obesos no se atienden".

"De los que lo hacen la mayor parte no adelgaza".

"De los que adelgazan la mayor parte recupera el peso".

Stunkard

En la cultura popular actual la ideología predominante es que la obesidad se debe a:

1. una alimentación descontrolada, con desinterés para corregirla.
2. sedentarismo.

Las explicaciones culturales se fundamentan en la creencia que las conductas alimentarias hiperfágicas se adquieren por "aprendizaje"(a partir de premios o costumbres familiares), y

que por el mismo mecanismo pueden corregirse, siendo mucho más cierta la primera mitad de la afirmación. Además el concepto cultural sólo reconoce como causa a los factores ambientales, por lo que acepta de mala gana tratamientos, como los farmacológicos y quirúrgicos. La realidad aparece inapelable, ya que es rara la obesidad entre los individuos que continúan con el estilo de vida cazador-recolector de los comienzos de la historia. Es el conocido ejemplo de los indios Pima del sur de EEUU quienes padecen una elevada frecuencia de obesidad, mientras que los que habitan en México, manteniendo su estilo de vida primitivo no desarrollan obesidad (35). También apoya la creencia sobrealimentacionista el hecho que la subalimentación ocasiona pérdida de peso, de la misma manera que el ejercicio intenso se asocia con pérdida de peso o delgadez. Por estas razones, las recomendaciones de disminuir la ingesta e incrementar la actividad física suenan como lógicos y saludables consejos. Y lo son. Además, su sencillez y simpleza no las hacen ajenas a las posibilidades de ningún individuo, lo que fomenta la suposición que *"es gordo quien quiere"*. Esto ha transformado un tema médico en un problema "popular", demostrado en la existencia de grupos de autoayuda sin supervisión profesional, de dietas populares recomendadas masivamente, etc.

Lo que no ha quedado suficientemente claro es que esas técnicas adelgazantes actúan sobre los mecanismos que permiten el desarrollo de la obesidad y no sobre sus reales causas, actúan sobre sus efectos y no sobre sus orígenes. Si se define la obesidad como la acumulación excesiva de grasa, la sobrealimentación es el mecanismo por el cual la obesidad se constituye, mientras su causa, es el producto de complejas interacciones multifactoriales genético - ambientales, que cuando no son de difícil identificación, son de complejo abordaje.

La limitación de la ingesta de alimentos provoca el desarrollo de respuestas biológicas contrarregulatorias, que se manifiestan desde el aumento del apetito (o sensaciones equivalentes) hasta el desarrollo de comportamientos alimentarios anormales.

La gran aceptación popular que tiene la teoría hiperfágica ha sido capitalizada por los sistemas médicos, que apelando a la omnipotencia, encaminan al paciente hacia una terapéutica de recomendaciones "saludables", que de antemano están condenadas al fracaso. Los fracasos reiterados terminan por desalentar al individuo, acentúan la culpa que siente, contribuyen a que se crea díscolo, negligente y débil y en el mejor de los casos a considerar que está ante una situación "intratable".

Finalmente, en el 5-10% de aquellos que consiguen mantener el peso descendido, aparece el fantasma del tratamiento. Prescindir de la terapéutica es el segundo problema para el paciente, para su familia y para la sociedad, pues a ninguno de ellos le parece "normal" continuar con la intervención, cuando el motivo aparente ha desaparecido. Cuando el tratamiento es suspendido, la recuperación del peso es la regla, lo cual es interpretado como el "fracaso" del tratamiento. Hasta en este punto la obesidad es discriminada. ¿Alguien supondría que un tratamiento antihipertensivo deba seguir actuando luego de ser interrumpido? ¿Por qué se le exige eso mismo a los tratamientos antiobesidad? Los tratamientos actuales sólo actúan... cuando actúan y sólo mientras se los utiliza.

Repercusión de la obesidad en la psicología del individuo.

No existen estudios que demuestren mayor prevalencia de psicopatología en personas con obesidad. Sin embargo, el estigma de ser obeso puede cobrar su cuota a nivel de la salud emocional, siendo las repercusiones psicológicas una consecuencia más de la enfermedad.

La exteriorización de la obesidad la hace inocultable, lo que obliga a vivir y a comportarse de una manera diferente. Las consecuencias negativas de la imagen obesa son tan impactantes que puede afectar adversamente la calidad de vida del individuo que la padece, aunque su exceso de peso no sea tan severo como para dar lugar a complicaciones clínicamente significativas. Los estudios controlados no indican que las personas obesas difieran en síntomas psicológicos, psicopatología y personalidad de las que no lo son (O'Neil & Jarrell, 1992; Striegel-Moore & Rodin, 1986; Wadden & Stunkard, 1985), aunque no sucede lo mismo cuando el tema considerado es la imagen corporal (37). El estudio SOS (Swedish Obese Subjects) evaluó 1.743 obesos severos de ambos sexos. Los niveles de ansiedad y depresión fueron 3 a 4 veces mayores entre obesos que entre quienes no lo fueron y clínicamente la ansiedad, la depresión y los inconvenientes sociales fueron el doble. La imagen corporal fue mayor predictor de depresión y problemas sociales relacionados con la obesidad y a pesar que la depresión clínica es frecuente en los obesos la mayoría de los autores opinan que psiquiátricamente no difieren de los que no lo son (36). Cuando el exceso de peso es importante algunos pacientes llegan a percibir su imagen como horrorosa y deforme y se sienten, -no sin razón- blanco de actitudes hostiles y de manifestaciones de desagrado por parte de los demás. En estos sujetos la obesidad llega a constituirse en el centro de su sistema de valores, del cual se excluyen otras cualidades como la inteligencia o la simpatía. El individuo puede desarrollar actitudes "evitativas" de ciertas situaciones que le resultan particularmente desagradables, como mirarse al espejo, tomarse fotos, comprar ropa, ir a la playa, piletas, pesarse, etc. y adquirir conductas de control como medirse, pesarse o mirarse al espejo varias veces al día o llegar al "decorado" corporal, recurriendo a las técnicas utilizadas para disimular un defecto físico.

No llama entonces la atención que los trastornos emocionales, como la depresión sean más frecuentes en aquellos pacientes que demandan ayuda para controlar su enfermedad, cuando son comparados con los obesos que no buscan tratamiento o aquellos que pertenecen a comunidades en las que la discriminación frente al sobrepeso no es tan intensa. Goldstein et al (1996).

En ocasiones los obesos y hasta quienes no lo son pueden desarrollar trastornos de la conducta alimentaria cuando intentan restringir su alimentación para perder peso (25). El tratamiento de la obesidad implica sostener esfuerzos en el largo plazo y esto podría ser una causa de estrés en algunos individuos. Foreyt describió el desarrollo de comportamientos obsesivos ante conductas alimentarias estrictas para conseguir o mantener el peso perdido. Queda por lo tanto poca duda que la obesidad es un estado físico altamente censurado en los países occidentalizados, tanto en términos de apariencia física como en la significación que se hace de la misma, lo cual fue claramente expuesto por Stunkard al afirmar que *"la mayor carga que soporta el obeso es justamente la carga psicológica"*.

Estos problemas de índole psicosocial, producto de un conflicto entre el medio cultural y el individuo producen una actitud de rechazo tan fuerte hacia la obesidad y el obeso, que el conocimiento de la existencia de estas creencias sociales produce sentimientos de culpa por ser obeso y por el temor ante el fracaso de controlar el peso, lo cual genera baja autoestima en áreas vinculadas con la imagen personal y la autoestima global.

Los indicadores objetivos: económicos, ingresos, empleo, son importantes aunque también lo son los aspectos cognitivos, afectivos y simbólicos (26) como lo demuestran las respuestas de obesos mórbidos a preguntas referidas a su peso y a las funciones psicosociales (27)

	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
En el trabajo la gente habla a mis espaldas y tiene una actitud negativa hacia mi persona, relacionada con mi peso	80.7	10.5	3.5	5.3
Mi peso ha afectado negativamente mi ingreso en un trabajo	67.3	20.4	10.2	2.2
No me agrada ser visto en público	66.7	17.5	14.0	1.8
Me siento tratado desconsideradamente por los médicos a causa de mi peso	45.5	32.7	16.4	5.5

Adelgazamiento y calidad de vida

Los mejores resultados de pérdida de peso a largo plazo son los obtenidos tras cirugía restrictiva gástrica, a pesar de lo cual estos pacientes, por ser obesos masivos, nunca alcanzan la imagen normal, además de soportar las molestias relacionadas con la reducción del tamaño del estómago. Luego de una pérdida promedio de 50 kg, el grupo de pacientes manifestó una gran mejoría: el 100% prefería mantener el peso normal aun si eso significaba ser sordo, dislexico, diabético y padecer acné maligno. El 90% dijo que ellos preferían tener una pierna amputada o ser ciegos más que volver a ser obesos masivos (28).

Después de un año de cirugía gástrica en obesas masivas, la pérdida de peso promedio fue de 35 kg y la calidad de vida de 83 obesas mejoró. El 90% de los pacientes estaban satisfechas con el resultado de la cirugía, con una modesta reducción en el placer del comer, se mostraron más interesadas en el sexo, disfrutando más y practicándolo más

frecuentemente (29). Otro grupo, de 34 adolescentes cuyo peso preoperatorio promedio era 131 kg, después de la cirugía refirieron excelente adaptación psicosocial y una mejoría en las sensaciones de autoconfianza, atractivo y relaciones sociales. El 85% informó que, puestos en idéntica situación, elegirían nuevamente la cirugía (30).

También debemos recordar que el disconformismo corporal muchas veces encubre otros disconformismos ignorados, claramente ejemplificados por Munro en la realidad de una paciente que luego perder peso confesaba... "*...me sentía infeliz porque era gorda y desagradable, ahora me siento infeliz y no se porqué...*" (31).

Discusión

Lo expuesto es suficientemente elocuente de la interpretación sobre la obesidad. Desde un comienzo auspicioso como estado asegurador de la nutrición de la descendencia que la inmortalizó a través de estatuillas que revelan la importancia y la conservación aun en la actualidad de rituales y simbolismos en tribus primitivas que le atribuyen los mismos beneficios, ha pasado gradualmente a transformarse en un problema de salud y en un elemento de juicio para categorizar y atribuir capacidades y actitudes a las personas.

La relación entre el buen apetito de los obesos, por lo menos de los tiempos pasados y las connotaciones negativas que la voracidad, como símbolo de ambición desmedida, tiene para algunas religiones de Oriente y Occidente han contribuido a cargar de culpa a quien la padece. Esto, unido a la capacidad de modificar los hechos, símbolo de fuerza, decisión, conocimiento y capacidad económica ha transformado a la obesidad y a la "no obesidad" en un símbolo de estado social, demostrativo de la capacidad del individuo.

Al mismo tiempo la escasa preocupación por la medicina científica ha dejado el campo abierto y fértil para las más atrevidas e infundadas suposiciones por parte de casi todos los

sectores de la sociedad, que no teniendo mejores explicaciones cargaron el peso de la culpa al de la enfermedad sin brindar al paciente buenas soluciones. La aplicación de tratamientos inadecuados, de dietas restrictivas crónicas producto de la desesperación que la presión social sostenida y la desesperación por tener una figura socialmente desvalorizada ha sido el punto de partida de otro grupo de enfermedades relacionadas con la obesidad: la bulimia y la anorexia nerviosas.

La discriminación se sumó a todo este conjunto de desdichas, acompañando a la obesidad en su tránsito por estos 2.000 años, mientras los ministerios de salud, de educación y los gobiernos permanecieron ajenos al desarrollo de políticas dirigidas a prevenir y atenuar los efectos de la enfermedad. Los medios masivos se llenaron de notas y comentarios como nunca antes con otro tema, contribuyendo a la confusión y al establecimiento y consolidación de muchos mitos y creencias.

La falta de planificación y legislación en materia de alimentos y la tendencia al sedentarismo sin la creación y propiciamiento de las condiciones ambientales que posibiliten una vida más activa todavía se ciernen como uno de los mayores obstáculos en la solución de este problema.

Conclusión

La obesidad ha tenido un significado cambiante para las culturas en relación a las condiciones de vida en los diferentes momentos evolutivos de la humanidad, lo cual es demostrativo de la relativización de la importancia del sujeto frente a las necesidades de la especie. La imagen humana se convirtió en un elemento clave como punto de referencia para establecer juicios en la escala de valores populares, con una sorprendente versatilidad que la llevó a abarcar o desde los aspectos biológicos, estéticos, económicos, psicológicos y

sociales, en la mayor parte de los casos con más fuerza categorizante que otros valores humanos.

Como enfermedad fue desconsiderada durante largo tiempo, hasta que la demostración de que su extensión y repercusiones sobre la salud obligaron a los investigadores y sistemas de salud a prestarle la debida atención.

Es de esperar que la difusión de conceptos veraces y vayan modificando el concepto sociocultural y médico de esta afección, gestando una inserción y aceptación diferente del obeso en la sociedad, y que el desarrollo de nuevas y mejores estrategias de prevención y tratamiento puedan aliviar este sufrimiento.

Referencias bibliográficas

1. Trowell HC, Burkitt DP. Western diseases: their emergence and prevention. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981.
2. Brown PJ and Bentley-Condit VK. Culture, Evolution, and Obesity. En: Handbook of Obesity. NY. 2000.
3. Brown PJ. The biocultural evolution of obesity. En: Björntorp P, Brodoff B, eds. Comprehensive textbook on obesity. New York: JB Lippincott, 1992.
4. Simopoulos A. Opening Address. Nutrition and fitness from the first Olympiad in 776 BC to 393 AD and the concept of positive health. Am J Clin Nutr 1989;49:921-6.
5. Lee RB: The !Kung San: Men, Women, and Work in a Foraging Society. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1979.

6. Ritenbaugh C: Obesity as a culture-bound syndrome. *Cult Med Psychiatry* 6: 347,1982.
7. Scott EC, Bajema CJ: Height, weight and fertility among participants of the third Harvard growth study. *Hum Biol* 54:501-516.1982.
8. Brown PJ, Konner M: An anthropological perspective on obesity. In *Human Obesity*. Wurtman RJ, Wurtman JJ. *Ann NY Acad Sci* 499:29-46,1987
9. Bergerhoff Mulder M: Kipsigis bridewealth payments. In Betzig L, Bergerhoff Mulder M, Turke P(eds): *Human reproductive behaviour*. Cambridge, Cambridge University Press,1988.
10. Elder GH Jr.1969. Appearance and education in marriage mobility. *American Sociological Review* 34.
11. Brown PJ. Culture and evolution of obesity. *Hum Nature* 1991; 2:31-57.
12. Kreitler S, Chamerinsky A. Body-image disturbance in obesity. *Int J Eating Disord* 1990;409-418.
13. Björntorp P. How should obesity be defined? *J Inter Med* 1990;227:147-9.
14. Stunkard AJ, LaFleur WR and Wadden TA. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *Int J of Obesity*(1998) 22, 1141-1144.
15. Richardson SA, Hastorf AH, Goodman N and Dornbusch SM. 1961. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review* 90:44-54.
16. Goodman JI, Richardson SA, Dornbusch SM and Hastorf AH.1963. Varient reactions to physical disabilities. *American Sociological Review* 28: 429-435.
17. Krupka LR and Vener AM Patterns of use and perceptions of users of over the counter anorectics. In *Phenilpropanolamine: examining the benefits and risks*. ed D. Morgan and J. Kagan. N.York.

18. Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. *J Pers Soc Psychol* 1967;7:101-104.
19. Canning H and Mayer J. 1966. Obesity -its possible effect on college acceptance. *N Engl J Med* 21.
20. Larkin JC and Pines HA. 1979. No fat persons need apply: Experimental studies of the overweight stereotype and hiring preference. *Sociology of Work and Occupations*(August):315-316.
21. MacLean RA and Moon M.1980. Health, obesity and earnings. *Am J of Public Health* 70:1006-1009.
22. Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Backman L, y col. Swedish Obese subjets(SOS)- an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjets examined. *Int J of obesity* 1993;17:503-512.
23. Sobal J y Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psycholl Bull* 1989;105:260-275.
24. Stunkard AJ, Sorensen TIA. Obesity and socioeconomic status - a complex relation. *N Engl Med* 1993;329:1036-1037.
25. Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am Journal of Clinical Nutrition* 1992;55:524S-532S.
26. Schuessler KF, Fischer GA. Quality of life research and sociology. *Ann Rev Sociol* 1985;11:129-49.
27. Rand CSW, Macgregor AMC. Morbidly obese patients' perception of social discrimination before and after sugery for obesity *South Med J* 1990;83(12):1390-1395.
28. Rand CSW, Macgregor AMC. Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *Int J Obes* 1991;15:577-579.

29. Hafner RJ, Watts JM, Rogers J. Quality of life after gastric bypass for morbid obesity. *Int J Obes* 1991;15:555-560.
30. Rabner JG, Greenstein RJ. Obesity surgery: expectation and reality. *Int J of Obes* 1991;15:841-845.
31. Garrow GA. En: "Obesidad medica del adulto". Montero JC. Editorial d&p. Buenos Aires. 1997.
32. Lowemberg M y col. Los alimentos y el hombre. Ed. Limusa-Wiley SA. México. 1970.
33. Ravelli A y col. Obesity at the age of 50 y in men and women exposed to famine prenatally. *Am J Clin Nutr* 1999;70:811-16.
34. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO. Ginebra. 1997.
35. Ravussin E and Bogardus C. A brief overview of human energy metabolism and its relationship to essential obesity. *Am J Clin Nutr* 1992;55:242S-245S.
36. Berman, WH y col. The effect of psychiatric disorders on weight loss in obesity clinic patients. *Behavioural Medicine* 1993;18:167-172.
37. Stunkard, AJ & Wadden, TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J of Clin Nutr* 55(suppl 2) 1992. 524S-532S.

Bibliografia consultada

Brown PJ. Cultural Perspectives on the etiology and treatment of obesity. En: *Obesity: Theory and Therapy*. Second Edition. edited by AJ Stunkard and TA Wadden. Raven Press, Ltda. New York. 1993.