

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

ASPECTOS PSICOSOMATICOS DE LA OBESIDAD

HORACIO JINICH *

El apetito está determinado por estímulos endógenos o metabólicos y por estímulos exógenos, como reflejos condicionados, a veces simbólicos. El desequilibrio positivo en el balance entre el consumo de alimentos y su combustión origina la acumulación de tejido adiposo que constituye la obesidad. Aun cuando es un hecho que no todos los obesos son neuróticos o personas con desórdenes psicológicos, sí es verdad que entre ellos son frecuentes los signos de inestabilidad emocional tales como narcisismo, dificultades para dominar sus impulsos, ansiedad en sus relaciones sociales, inmadurez en la conducta y depresión.

No existe un denominador común o un conflicto psicológico específico que explique todos los casos; los mecanismos son múltiples y distintos en cada paciente. Pero se ha visto que, en general, los obesos no distinguen con claridad sus estímulos propioceptivos y confunden la ansiedad, la ira o el temor con el hambre. Además su apetito es influido preferentemente por los factores exógenos y no

* Académico numerario. Instituto Nacional de la Nutrición.

por los metabólicos. Pero, por otra parte, la hiperfagia y la obesidad son, en ocasiones, una solución menos nociva de ciertos conflictos psíquicos y el médico que trata a un paciente de estos debe intentar conocerlos en su totalidad, como persona, y ofrecerle además de supervisión, apoyo y simpatía.

La obesidad es un estado patológico caracterizado por la acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo. Se presenta cuando se perturba el sistema homeostático de autorregulación que controla la entrada de alimentos en función de las demandas energéticas, reparativas y de crecimiento del organismo, y mantiene dentro de límites normales la masa de tejido adiposo.

El sistema, complejo como es, e imperfectamente conocido, puede ser afectado por múltiples causas, en diversos receptores y a diferentes niveles. La vía final común es un desequilibrio positivo entre la entrada de alimentos y su utilización. Esta puede estar disminuida, sea por perturbaciones hormonales o metabólicas, sea por los procesos regresivos propios del envejecimiento, sea por disminución en la actividad física, fenómeno este último que parece ser muy importante en la génesis de la obesidad en los niños y adolescentes. La entrada de alimentos está condicionada, cuando no hay limitaciones materiales, por un impulso afectivo que llamamos apetito y que en el hombre es desencadenado no sólo por estímulos internos, endógenos o metabólicos sino, de manera muy importante, por estímulos externos, exógenos, condicionados y simbólicos. No es de sorprender, entonces, que la experiencia universal coincida en señalar a los factores psíquicos como los principales determinantes en el proceso de la obesidad.

A pesar del cientificismo que domina la medicina actual, no nos hemos liberado los médicos de la influencia del medio social en cuyo seno actuamos y no dejamos de aplicar, al establecer diagnósticos como "obesidad" y otros más, los patrones de la cultura y del medio social a que pertenecemos. Conviene, por ello, recordar que lo que ahora y aquí consideramos como obesidad patológica y amenazadora, no ha sido considerada así por otros pueblos, a los que calificamos de "primitivos" ni por otros grupos sociales que conocen mejor el hambre y la pobreza.¹ Los hawaianos y malayos exigen que sus líderes sean gordos, como también debían serlo, hasta hace poco, los comerciantes chinos. Los musulmanes de Argelia envían a sus hijas adolescentes a sitios especiales donde reciben tratamientos de engorda y entre los beduínos, se nos ha dicho, es posible canjear a la esposa por más camellos si está gorda. Los habitantes de áreas rurales en muchos países valoran la obesidad y cambian de opinión cuando emigran a centros urbanos y se ponen en contacto con grupos sociales más prósperos. La obesidad como meta es común en poblaciones y familias que tienen fresco en la memoria el recuerdo del hambre y la miseria: personalmente lo hemos comprobado en México, en inmigrantes procedentes de Europa oriental y del cercano Oriente; una o dos generaciones después, sus descendientes, prósperos ya, hacen grandes esfuerzos por evitar la obesidad.

Se ha dicho y escrito tanto sobre la importancia de los factores psíquicos en la obesidad que se corre el riesgo de considerar a todo obeso como neurótico y enfermo mental. Quienes manejan pacientes obesos en la práctica médica diaria saben que dichas afirmaciones son exageradas, ya que muchas personas obesas son estables desde el punto de vista psicológico o sufren, cuando más, desórdenes emocionales de poca magnitud. Sin embargo, estudios psicológicos llevados a cabo de manera metódica en grupos grandes de población han mostrado, sin lugar a dudas, una mayor frecuencia de signos de inestabilidad emocional entre las personas obesas. En una proporción estadísticamente significativa de mujeres jóvenes obesas se observa que tienen exagerado narcisismo, dificultad para dominar sus impulsos, ansiedad en las relaciones sociales, inmadurez en la conducta. Un hallazgo importante es la distorsión que presentan en su imagen corporal, puesta en evidencia mediante ingeniosos espejos que tienen que manipular hasta que reflejen lo que ellas consideran una imagen fiel de su silueta. La depresión y desesperación son tales y tan comunes en los obesos que han dado lugar a que se acuñara la frase: "Dentro de cada gordo hay un flaco pugnando por salir".

Si se busca en los individuos obesos un perfil de personalidad común a todos ellos, o un conflicto psíquico específico, o un mecanismo psicológico que explique todos los casos y constituya su denominador común, con seguridad se fracasa. Los mecanismos parecen ser múltiples y distintos de un paciente a otro. Se han propuesto muchos, entre ellos los siguientes: a) alimento, amor y protección son una sola cosa, se integran en una sola y única

experiencia al principio de la vida y permanecen, por eso mismo, indisolublemente asociados; la frustración de unos se compensa por otros; la ingestión de alimentos constituye un placer que cobra especial importancia cuando están frustrados otros aspectos de la vida emocional; b) la boca, zona erógena por excelencia durante la primera etapa del desarrollo psicosexual, continua siéndolo o vuelve a serlo cuando los problemas propios de la llamada "etapa bucal", no son satisfactoriamente resueltos por el infante o cuando los factores que causan *stress*, en épocas ulteriores, dan lugar a fenómenos de regresión psicológica; c) comer puede servir para expresar hostilidad, resentimiento y agresión, puesto que implica morder y devorar; d) el acto de comer puede ser utilizado como medio de expresión de fantasías de impregnación bucal, al tiempo que la obesidad consiguiente del abdomen puede constituirse en símbolo de embarazo; e) la gruesa capa de tejido adiposo simboliza una fortaleza que protege al que está dentro de ella contra la acción hostil del mundo exterior; f) la obesidad, en cuanto afea y da lugar a repulsión y rechazo, sirve de eficiente medio protector contra los asaltos de la sexualidad propia y ajena; g) su tamaño mayor puede dar al que es obeso la ilusión de mayor fuerza, grandeza e importancia, imitando así el pensamiento primitivo revelado en tantas pinturas y relieves de pueblos antiguos; h) la obesidad, en cuanto es obstáculo para la realización de movimientos ágiles, puede ser utilizada como medio defensivo contra la obligación de realizar ciertos trabajos físicos; i) la hiperfagia es reacción específica frente a la depresión. A este respecto no es excepcional observar el desarrollo de obesi-

dad en el curso de tratamientos con fármacos antidepresivos, como tampoco es raro observar la aparición de reacciones depresivas en pacientes obesos sometidos a regímenes dietéticos drásticos; j) la hiperfagia es mecanismo de defensa que se utiliza frecuentemente contra la ansiedad y se observa también en pacientes con neurosis obsesivo-compulsiva o en individuos fóbicos que la utilizan como medio de defensa contra enfermedades debilitantes tales como la tuberculosis; k) la obesidad puede ser síntoma de esquizofrenia, o ésta puede aparecer o, mejor dicho, desencadenarse en el curso de un tratamiento rígido y drástico de hipoalimentación con objeto de lograr una reducción de peso; l) por último, no debe olvidarse que los pacientes obesos tienen mucho en común con los adictos al alcohol o drogas de otro tipo: tienen la misma labilidad de temperamento, la misma dificultad para posponer satisfacciones inmediatas, y para tolerar la frustración, en fin, la misma autodestructividad. Bien puede, pues, considerarse a la hiperfagia como verdadera adicción.¹

Los estudios psicoanalíticos de Hilde Bruch han arrojado nueva luz sobre el mecanismo íntimo de las alteraciones psíquicas que presentan muchos pacientes obesos. Esta investigadora ha observado que sus pacientes literalmente no saben cuándo se encuentran fisiológicamente hambrientos; no perciben ni discriminan con claridad suficiente sus estímulos propioceptivos ni son capaces de interpretar racionalmente lo que están sintiendo. Confunden, de esta manera, el hambre con la ansiedad, la ira o el miedo. Un paciente obeso, abogado de elevada cultura, decía que lo que experimentaba en muchas circunstancias era "un deseo muy vago de

algo... como para comer, fumar o beber..." Estos pacientes pueden, entonces, etiquetar todo estado anímico como "hambre" o, por lo contrario, pueden no llamar a ningún estado interno "hambre", como sucede en los pacientes con *anorexia nervosa*. El origen de esta perturbación está en los primeros años de la vida, como consecuencia de anormalidades en las relaciones con la madre, cuando ésta no responde de manera adecuada a las diversas emociones, impulsos y necesidades del infante, dando lugar así a su frustración, extinción o perversión.^{2, 3}

Toda una larga lista de investigaciones y experimentos parece confirmar la hipótesis de que, en los obesos, en oposición a los no obesos, el apetito es influido de manera preferente por estímulos exógenos y no por estímulos endógenos, que son percibidos de manera débil, vaga y confusa.⁴ Algunos de estos experimentos se enumeran a continuación: a) existe una mejor correlación entre las contracciones gástricas y la sensación simultánea de hambre en los no obesos que en los obesos; b) si se ofrecen golosinas y otros alimentos atractivos a sujetos no obesos, los comerán en menor cantidad si tienen el estómago lleno por haber acabado de comer que si lo tienen vacío. En los obesos la cantidad ingerida es igual, haya o no comido previamente; c) el miedo, producido experimentalmente, determina una disminución en la cantidad de alimentos ingeridos en el no obeso, mientras que en el obeso no se observa que coma menos cuando se encuentra bajo dicho estado de ánimo; d) si se encierra a sujetos obesos y no obesos en sitios en que puedan eliminarse toda clase de estímulos ambientales, sociales y domésticos y si se les proporcionan alimentos carentes de atrac-

tivos culinarios, la ingesta calórica de las personas normales continúa más o menos estable, mientras que en los obesos disminuye notablemente la cantidad de alimentos ingeridos; e) si se procede de manera que ignoren qué horas del día son y se les engaña con relojes falsamente adelantados o atrasados, los obesos comen cuando el reloj marca la hora en que acostumbran comer. En cambio, los no obesos no se dejan influenciar de esa manera por la hora aparente y continúan siendo motivados para comer por estímulos endógenos; f) si se proporcionan alimentos muy sabrosos, los obesos comen más que los normales y éstos más que los delgados. Si, por lo contrario, se les proporcionan alimentos insípidos y aun desagradables, el orden se invierte: los obesos comen menos que los normales y éstos menos que los individuos delgados y de pobre apetito.

Este conjunto de datos experimentales confirma la premisa establecida inicialmente y apoyada por la observación clínica: el impulso a comer es el resultado de la interacción de una multiplicidad de estímulos que proceden de puntos de partida externos e internos. En los pacientes obesos los impulsos endógenos, que traducen necesidades metabólicas reales, son comparativamente débiles y a menudo se perciben e interpretan mal, mientras que otros estímulos, en su mayoría de naturaleza psicológica, tienen la supremacía y gobiernan el apetito.

¿Qué conclusiones prácticas se desprenden de todo esto? Es evidente, en primer lugar, que el estudio de todo paciente obeso es incompleto si no incluye un intento genuino de conocerlo en su totalidad, como persona y no como simple

máquina sometida a las leyes de la termodinámica. En segundo lugar, es preciso insistir en que las causas de la obesidad son múltiples y complejas y que a menudo se combinan varias en una misma persona. Por último, dentro de la constelación etiológica, en la mayoría de los pacientes obesos suelen ser preponderantes los factores psicológicos. La presencia de estos factores y la dificultad de su manejo explica el hecho de que la obesidad sea uno de los desórdenes más difíciles de tratar y con más elevado índice de fracasos terapéuticos.

En algunos pacientes obesos es posible constatar que la hiperfagia y sus consecuencias metabólicas constituyen la solución menos dañina, la única quizá, frente a conflictos psíquicos y situaciones *stressantes* insolubles y graves; conviene entonces, respetarlas. En todo caso, el médico que intente tratar al obeso debe estar dispuesto a proporcionarle constante supervisión, apoyo y simpatía. Los peligros en que puede caer ante la pobre respuesta terapéutica a largo plazo son: la pérdida de interés por el paciente o la actitud punitiva, similar a la del ambiente social que rodea al enfermo. Ninguna de estas dos actitudes es digna del médico genuino, quien deberá defenderse de la influencia y de las presiones de la sociedad y tratar de comprender al enfermo en toda su vasta complejidad psicosomática.

REFERENCIAS

1. Rakoff, V.: *The psychiatric aspects of obesity*. Mod. Treat. 4:1111, 1967.
2. Bruch, H.: *Role of the emotions in hunger and appetite*. Ann. N. Y. Acad. Sci. 63:68, 1955.
3. Bruch, H.: *Prognosis and treatment of obesity from a psychiatrist's point of view*. J. Am. Mod. Women's Asstn. 19:745, 1964.
4. Schachter, S.: *Obesity and eating*. Science 161: 751, 1968.

EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DEL ESTOMAGO EN LA EPOCA PRERRADIOLOGICA

El carcinoma que se desarrolla primitivamente en el píloro, es el de más fácil diagnóstico, á la vez que el que ofrece condiciones más favorables para el tratamiento radical; mas para que las probabilidades de éxito no disminuyan, no hay que esperar á que aparezca el tumor epigástrico para diagnosticar el padecimiento y formular la indicación.

El carcino pilórico nacido sobre una úlcera del estómago ó úlcera carcinomatosa, como le llaman algunos autores, es muy difícil de distinguir con respecto de la ulceración en los primeros períodos de su evolución, por lo cual motiva como indicación terapéutica, al principio, el tratamiento médico; pero más tarde requiere la laparatomía seguida de gastro-enterostomía ó resección, según el caso.

El carcinoma de la pequeña curvatura es, en la mayoría de las veces, imposible de diagnosticar, al menos que haya adquirido proporciones colosales, pero existen ciertos casos en los cuales la aquilia, la rigidez gástrica y la insuficiencia pilórica, permiten llegar al diagnóstico. La terapéutica, tanto médica como quirúrgica, son impotentes en esta forma de cáncer en la inmensa mayoría de los casos. *M. Toussaint.* GACETA MÉDICA DE MÉXICO. Tomo V, segunda serie, pág. 132, 10. junio 1905.