



FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL



TRATAMIENTO MÉDICO-PSICOLÓGICO PARA BAJAR DE PESO

PEDRO GARCÍA TOLEDO

TRATAMIENTO MÉDICO-PSICOLÓGICO PARA BAJAR DE PESO

TRATAMIENTO MÉDICO-PSICOLÓGICO PARA BAJAR DE PESO

Pedro García Toledo
Médico psiquiatra



FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL

Tratamiento médico-psicológico para bajar de peso

Autor

Pedro García Toledo

Editado por:

Fondo Editorial Comunicacional
Colegio Médico del Perú
Malecón de la Reserva 791
Miraflores. Lima, Perú
Telef. 213-1400



1.ª edición

Abril de 2023

HECHO EL DEPÓSITO LEGAL EN
LA BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ N.º 2023-03649.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra protegida por los derechos de propiedad intelectual, o su uso en cualquier forma, o por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, incluidos fotocopiado, grabación, transmisión o cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información, sin el permiso por escrito de los propietarios del copyright.

Asesoría editorial

REP S.A.C.
Miguel de Cervantes 485-502, San Isidro



Médico editor

Jorge Candiotti Vera
jcandiotti@revistaspecializadas.com
999-65 85 31

Impresión

Abril de 2023
Talleres gráficos de REP S.A.C.
Emilio Althaus 355, Lima 14, Perú
999-658531

Declaración de responsabilidad

Esta obra es una guía para los agentes de salud que trabajan con pacientes que padecen de sobrepeso/obesidad. No es una indicación médico-psicológica para lectores libres. Cualquier uso o abuso de los medicamentos mencionados, exceso en los ejercicios físicos sugeridos y/o aplicación errónea de las técnicas psicológicas descritas, y sus eventuales consecuencias, constituyen responsabilidad exclusiva del lector. Más bien, conviene que la persona interesada en la aplicación del método de tratamiento aquí propuesto consulte con un profesional acreditado.

Presentación

El Fondo Editorial Comunicacional del CMP (FEC) tiene la satisfacción de presentar esta importante publicación del doctor Pedro García Toledo.

Esta valiosa obra, titulada Tratamiento médico psicológico para bajar de peso, cuenta con el auspicio editorial y el financiamiento del FEC y el CMP.

El presente libro permite que los médicos en general se familiaricen con los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales y con los tratamientos médicos, psicológicos y quirúrgicos del sobrepeso y la obesidad. Este es el gran aporte de este texto.

El CMP se siente complacido de publicar a través del FEC esta obra, ya que no solo revela un gran esfuerzo del autor por publicarlo, sino que se constituye en una fuente de consulta básica sobre el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, para los miembros de la orden médica y los estudiantes de pregrado.

Raúl Urquiza Aréstegui
Decano nacional
Colegio Médico del Perú

Oscar Pamo Reyna
Director
Fondo Editorial Comunicacional

COMITE EJECUTIVO NACIONAL PERÍODO 2022-2024



- Decano
 - Vicedecano
 - Secretaria del Interior
 - Secretario del Exterior
 - Tesorero
 - Vocales
- Accesitarias
- Dr. José Raúl Urquizo Aréstegui
 - Dr. Alfredo Alonso Celis López
 - Dra. Wilda Cecilia Silva Rojas
 - Dr. Víctor Leonel Llacsá Saravia
 - Dr. Wilder Alberto Díaz Correa
 - Dr. Herminio Renán Hernández Díaz
 - Dra. Amelia Cerrate Ángeles
 - Dr. César Augusto Portella Díaz
 - Dr. Leslie Marcial Soto Arquíñigo
 - Dra. Celia Betzabet Moisés Alfaro
 - Dra. Milagros Dalila Sánchez Torrejón

DECANOS DE LOS CONSEJOS REGIONALES DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

- Decana Regional I - Trujillo
 - Decano Regional II - Iquitos
 - Decano Regional III - Lima
 - Decana Regional IV - Huancayo
 - Decano Regional V - Arequipa
 - Decana Regional VI - Cusco
 - Decano Regional VII - Piura
 - Decano Regional VIII - Chiclayo
 - Decano Regional IX - Ica
 - Decano Regional X - Huánuco
 - Decano Regional XI - Huaraz
 - Decano Regional XII - Tacna
 - Decano Regional XIII - Pucallpa
 - Decano Regional XIV - Puno
 - Decano Regional XV - San Martín
 - Decano Regional XVI - Ayacucho
 - Decana Regional XVII - Cajamarca
 - Decano Regional XVIII - Callao
 - Decano Regional XIX - Chimbote
 - Decano Regional XX - Pasco
 - Decano Regional XXI - Moquegua
 - Decano Regional XXII - Abancay
 - Decana Regional XXIII - Tumbes
 - Decano Regional XXIV - Huancavelica
 - Decano Regional XXV - Amazonas
 - Decano Regional XXVI - Madre de Dios
 - Decano Regional XXVII - Lima Provincias
- Dra. Elena Victoria Ríos de Edwards
 - Dr. Miguel Ángel Pinedo Saboya
 - Dr. Ildauro Acuirre Sosa
 - Dra. Armida Concepción Rojas Dávila de Izaguirre
 - Dr. Antony Gustavo Tohalino Meza
 - Dra. Eliana Janette Ojeda Lazo
 - Dr. Christian Yuri Requena Palacios
 - Dr. Ronald Jimy Agüero Acuña
 - Dr. Luis Felipe Muñante Aparcana
 - Dr. Andrei Alekseevich Kochubei Hurtado
 - Dr. Alberto Fernando Del Valle Espejo
 - Dr. Jorge Eliseo López Claros
 - Dr. Carlos Abelardo Morales Hernández
 - Dr. Carlos Alberto Neira Ortega
 - Dr. Efraín Salazar Tito
 - Dr. Waldo Franz López Gutiérrez
 - Dra. Patricia Isabel Ocampo Pilco
 - Dr. Luis Alberto Ortiz Pilco
 - Dr. Carlos Humberto Quiroz Urquiza
 - Dr. Manuel Alejandro Pomazono Goyas
 - Dr. Giancarlo Urquiza Pereira
 - Dr. José Luis Osorio Ticona
 - Dra. Lourdes Liliana Feijóo Oyola
 - Dr. Lino Elmer Rodríguez Julcamanyán
 - Dr. Jorge Arturo La Torre y Jiménez
 - Dr. Elard Arturo Castor Cáceres
 - Dr. Juan Carlos Nicho Virú



Dr. OSCAR PAMO REYNA

Director del FEC

Médico internista del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Académico de número, Academia Nacional de Medicina

Dr. JORGE GONZÁLEZ MENDOZA

Secretario del FEC

Médico infectólogo

Moderador, Programa para la Monitorización de Enfermedades

Emergentes (ProMED) Sociedad Internacional de enfermedades Infecciosas

Dr. CIRO MAGUIÑA VARGAS

Miembro del FEC

Médico infectólogo tropicalista dermatólogo

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Académico de número, Academia Nacional de Medicina

Dr. RICARDO IVÁN ÁLVAREZ CARRASCO

Miembro del FEC

Instituto Nacional Materno Perinatal

Asociación Médica Peruana de Patología Clínica

Academia Panamericana de Historia de la Medicina

Asociación de Historia de la Medicina Peruana

Dr. ALBERTO EMILIO ZOLEZZI FRANCIS

Director del Comité Editorial de la Revista Acta Médica Peruana

Miembro del FEC

Médico gastroenterólogo

Hospital Nacional María Auxiliadora

Universidad Ricardo Palma

Dr. HORACIO VARGAS MURGA

Miembro del FEC

Médico psiquiatra

Docente Principal de la UPCH

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi

A mi amada Regina,

*a mis magníficos hijos
Regina y Pedro Ernesto,*

*a mis bellas nietas
Flavia y Zoe*

Agradecimiento a

Máximo Grillo Annunziata, médico endocrinólogo, doctor en filosofía, licenciado en física y autor de decenas de libros de diversos campos del saber, por su elaborado prólogo.

Los pacientes del desaparecido Centro de Servicios Estéticos Slim Center, quienes de 1985 a 1987 me dejaron grandes enseñanzas.

Remigio, querido paciente especial, con quien tuve una rica correspondencia de 2017 a 2018 y que fue una inspiración para la producción de este libro.

Mis familiares queridos que me alentaron a elaborar esta contribución científico-terapéutica.

El Colegio Médico del Perú, en las personas de su decano nacional, doctor José Raúl Urquiza Aréstegui, y el director general del Fondo Editorial Comunicacional, doctor Oscar Pamo Reyna, quienes han hecho posible esta publicación.

Contenido

| | |
|------------------------------------------------------|----|
| Prólogo | 17 |
| <i>Máximo C. P. Grillo-Annunziata</i> | |
| Introducción | 19 |
| Primera parte. Consideraciones teóricas | 23 |
| CAPÍTULO I: SOBREPESO Y OBESIDAD | 25 |
| –... Diagnóstico | 25 |
| –... Epidemiología | 28 |
| –... Impactos en la salud | 28 |
| –... Políticas de salud | 29 |
| –... Prevención | 29 |
| CAPÍTULO II: ASPECTOS BIOLÓGICOS | 33 |
| –... Genéticos | 33 |
| –... Constitucionales | 34 |
| –... Neurológicos | 35 |
| –... Endocrinos | 37 |
| –... Farmacológicos | 39 |
| –... Climáticos | 39 |
| CAPÍTULO III: ASPECTOS PSICOLÓGICOS | 41 |
| –... Adicción a los alimentos | 42 |
| –... Bulimia | 44 |
| –... Trastorno de atracones | 45 |
| –... Gula | 45 |
| –... Otros trastornos | 46 |
| CAPÍTULO IV: ASPECTOS SOCIOCULTURALES | 47 |
| –... Modelos de belleza | 47 |
| –... Alimentación industrial | 49 |
| –... Sedentarismo | 51 |
| –... Matrimonio | 52 |
| CAPÍTULO V: ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS | 53 |

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| Segunda parte. Tratamiento médico | 55 |
| CAPÍTULO VI: DIETA | 57 |
| –...La palabra “dieta” | 57 |
| –...Efectos perniciosos de las dietas de hambre | 57 |
| –...Mitos..... | 60 |
| –...La alimentación correcta | 62 |
| –...Edulcorantes | 65 |
| CAPÍTULO VII: EJERCICIOS FÍSICOS | 67 |
| –...Evaluación inicial | 68 |
| –...Recomendaciones | 68 |
| –...Bienestar | 69 |
| –...Advertencias | 70 |
| –...Mitos | 70 |
| CAPÍTULO VIII: MEDICAMENTOS | 73 |
| –...Anorexígenos..... | 73 |
| –...Antidiabéticos | 76 |
| –...Oxidativos | 76 |
| –...Antilipasas | 77 |
| –...Proscritos | 77 |
| Tercera parte. Tratamiento psicológico | 79 |
| CAPÍTULO IX: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL | 81 |
| –...La demanda..... | 82 |
| –...Historia clínica..... | 82 |
| –...Acuerdos terapéuticos | 85 |
| –...Línea base | 85 |
| –...Técnicas conductuales | 86 |
| –...Técnicas cognitivas | 90 |
| –...Rol de la familia | 92 |
| –...Las recaídas | 93 |

| | |
|-------------------------------------------------------|-----|
| CAPÍTULO X: TERAPIA DE LOS ATRACONES | 95 |
| – Técnicas psicológicas | 95 |
| – Rol de la familia | 96 |
| – Medicamentos | 97 |
| CAPÍTULO XI: PSICOTERAPIA DE GRUPO | 99 |
| – Las sesiones | 99 |
| – Glotones Anónimos | 100 |
| CAPÍTULO XII: EMAILS DE ANIMACIÓN | 101 |
| – Ejemplo de un caso | 102 |
| – Los mensajes | 106 |
| CAPÍTULO XIII: TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS | 109 |
| – Acupuntura | 109 |
| – Yoga | 109 |
| – Budismo zen | 110 |
| – Meditación trascendental | 110 |
| – Hipnosis | 110 |
| – Otras psicoterapias | 111 |
| CAPÍTULO XIV: CASOS EXCEPCIONALES | 113 |
| – Urgencias médicas | 113 |
| – Urgencias sociales | 113 |
| Cuarta parte. Cuando todo ha fracasado – | 115 |
| CAPÍTULO XV: CIRUGÍA BARIÁTRICA | 117 |
| – Banda gástrica | 118 |
| – Manga gástrica | 119 |
| – Baipás gástrico | 120 |
| – Balón gástrico | 120 |
| CAPÍTULO XVI: INTERNAMIENTO | 123 |
| RESUMEN | 125 |

Índice de anexos, tablas y figuras

Índice de anexos

| | |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo 1. Correos de animación | 129 |
| Anexo 2. Un correo explicativo | 131 |
| Anexo 3: Aclaración sobre los suplementos vitamínicos | 133 |

Índice de tablas

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 1. Diagnóstico nutricional, según IMC | 25 |
| Tabla 2. El IMC de candidatas a Miss Mundo 1999 | 49 |
| Tabla 3. Avitaminosis | 61 |
| Tabla 4. Diario de alimentos: autorregistro | 85 |
| Tabla 5. Resumen del tratamiento médico-psicológico | 125 |

Índice de figuras

| | |
|---------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1. Disco calculadora IMC, marca Gima 23776 | 26 |
| Figura 2. Comparación de un atleta y un obeso | 26 |
| Figura 3. Octógonos Minsa | 30 |
| Figura 4. Animación mediante el <i>smartphone</i> | 101 |
| Figura 5. Ilustración de la banda gástrica | 118 |
| Figura 6. Ilustración de la manga gástrica | 119 |
| Figura 7. Ilustración del baipás gástrico | 119 |

Prólogo

La obesidad es una pandemia que ha dado lugar a la aparición de otras pandemias como la diabetes *mellitus* tipo 2.

Es una paradoja cruel que, mientras millones mueren literalmente de hambre en el mundo, hay países y regiones azotados por la obesidad. El 50 % de los niños en el Perú son anémicos y tenemos el primer lugar del mundo en tuberculosis; al mismo tiempo, existe en el país una epidemia de obesidad causada, sobre todo, por la importación de la llamada comida chatarra.

Existen enfermedades distróficas de origen genético, pero la gran mayoría de casos de obesidad se deben a que ingieren más calorías de las que gastan cotidianamente. Esto tiene que ver con los usos y costumbres, el tipo de dieta y el estilo de vida.

En nuestro medio, los pacientes obesos le echan la culpa a la glándula tiroides, pero los casos de obesidad por hipotiroidismo son escasos comparados con los casos de mala alimentación y tipo sedentario de vida.

El gran problema que tenemos que afrontar en el Perú es que nuestra comida, la famosa gastronomía peruana, es muy sabrosa, muy rica, muy variada y muy... dañina.

La comida peruana hace daño, enferma. Y eso es lo que nadie quiere decir, porque es un negocio millonario. Cuando el escritor peruano Iván Thays dijo públicamente que la comida nacional hacía daño, fue atacado por todos lados e incluso señalado de traidor a la patria y amenazado de juicio y hasta de muerte.

El problema básico de nuestra comida es que está basada en frituras, grasas y condimentos, que le dan sazón, pero que también te enferman.

Un ejemplo, el ceviche, o cebiche (algunos atribuyen el nombre al uso de cebollas que antiguamente se usaba mucho en el Perú, de este modo se llamaba a toda comida con el ingrediente de cebolla). El pescado crudo es un ataque a la mucosa gástrica, el aji es también un ataque a la mucosa gástrica, el limón abundante es otro ataque a la mucosa gástrica, y la cebolla cruda es otro ataque a la mucosa gástrica. Junta a todos y te habrás comido una “bomba antiestómago”. Eso explica la cantidad de pacientes con gastritis que llenan los consultorios de gastroenterología en el país.

Otro tanto ocurre con el caso de la diabetes *mellitus* tipo 2 que ya es un problema nacional de salud. La comida peruana es diabetogénica, por la sencilla razón de que es una mezcla abundante de carbohidratos.

Para nosotros los endocrinólogos es un gran problema tener que combatir los hábitos alimenticios de los pacientes obesos, los cuales se niegan a cambiar la sabrosa comida peruana por una dieta saludable. En otros países, en los cuales sus comidas son horribles, es más fácil lograr un cambio de dieta; aquí en Perú, no.

Y para terminar de completar el cuadro, la llegada de la famosa comida chatarra, tales como la salchipapa, la hamburguesa, el pollo a la brasa con papas fritas, el chorizo, KFC y demás, se han sumado para dar origen a una verdadera epidemia de obesidad y de diabetes.

A lo señalado, hay que añadir que en nuestro país no existe la cultura del ejercicio físico diario. Si bien, ahora, hay gimnasios en muchos barrios, el estilo de vida impuesto por el sistema, impide que la población pueda acudir a uno. Con la desaparición de la jornada de ocho horas laborales, la población llega a su casa de noche y muy cansada como para acudir al gimnasio de la esquina. Llegan a dormir o a ver televisión. Por lo general, los que van a los gimnasios son jóvenes que buscan novia o novio, según el caso; pero gente adulta se ve muy poco, cuando es precisamente la población adulta la más numerosa con problemas de peso.

Hemos dicho al inicio que la obesidad común es el resultado de ingerir más calorías de las que se gastan durante el día. Por consiguiente, el modo de bajar de peso es gastar más calorías que las que se ingieren. En otras palabras, solo hay una forma de bajar de peso: dieta y ejercicio. Todo lo demás es engaño.

Sin embargo, hay que tener en cuenta los casos de familias obesas. Esta situación se explica porque los padres llegan a ser obesos por exceso de ingesta de comida, y ese estilo de alimentación lo amplían a sus hijos, lo que da lugar a la aparición de la obesidad infantil.

El tratamiento en estos casos de obesidad infantil está dirigido sobre todo al empleo del ejercicio, porque a los niños no se les puede dar una dieta de hambre, porque entonces no crecen y lo peor es que no les crece el cerebro. La única restricción alimentaria que se debe de dar en estos casos es quitarle al niño todo lo que sea comida chatarra y azúcar. El azúcar no es necesario para la alimentación de los humanos. Recién en el siglo XVI, más o menos, los humanos empiezan a consumir azúcar. Esto resultó una verdadera desgracia, por sus consecuencias. Al incidir en el ejercicio físico, para el tratamiento de la obesidad infantil, se logra que aumente la producción de la hormona del crecimiento, lo que favorece el aumento de la talla y del rendimiento cerebral, por aumento de la irrigación sanguínea.

La conclusión es que la obesidad en nuestro medio tiene un origen gastronómico, cultural, laboral, social, económico y psicológico.

*Dr. Máximo Carlos Pedro Grillo Annunziata
Endocrinólogo, doctor en filosofía*

Introducción

La pandemia de la covid-19 ha demostrado, con más claridad que nunca, cuán frágiles son las personas con sobrepeso u obesidad ante una infección viral. Su evolución clínica resulta adversa. Es que la obesidad constituye un estado inflamatorio que debilita de manera significativa las defensas. De manera que la humanidad, ha enfrentado –y enfrenta– una sindemia, es decir, dos pandemias que interactúan al mismo tiempo. Felizmente, las vacunas han mitigado lo más importante, la mortalidad.

Ocurre que la prevención del sobrepeso y la obesidad constituye un fracaso mundial. En 2015, la revista Lancet advirtió con seis artículos dramáticos acerca de la creciente pandemia de obesidad y de la falta de sensibilidad ante este problema de salud pública, por parte de los gobiernos, industria alimentaria, ciudadanía e, incluso, de algunos clínicos.

Los tratamientos de la obesidad también son un fracaso. Los pacientes que pierden peso en una terapia, al cabo de un tiempo, lo recuperan por completo o pesan más. En verdad, el éxito de un tratamiento ponderal se define como mantenerse delgado para siempre.

Aunque el panorama internacional indica que la obesidad va en aumento y muchos autores señalan que dietas y medicamentos no sirven, sí es posible bajar de peso para siempre, aunque para lograrlo se requiere paciencia y persistencia.

En este sentido, los mejores tratamientos son los psicológicos, en especial el cognitivo-conductual. Verdad que sus resultados tienen límites. El seguimiento de casos individuales a largo plazo muestra que el descenso es de ocho kilogramos promedio; pero en las terapias de grupo, 17 kilogramos; y en las de comunidades tipo “Glotonos anónimos”, más de 20. Así que esta terapia logra su meta en el rango de 8 a 20 kilogramos. Inclusive, la persona con obesidad mórbida, aunque no logre su meta soñada, también beneficiará a su corazón al descargarlo de trabajo extra. Perder 5 % del peso reduce en 50 % el riesgo de hipertensión arterial. Además, si se decidiera por una cirugía bariátrica, su pronóstico sería más auspicioso.

Propuesta terapéutica

Esta obra plantea que el paciente baje de peso y se mantenga delgado, mediante el control de sus excesos alimentarios. No tiene que hacer dieta en el penoso sentido restrictivo. No. Las dietas de hambre no ayudan. El paciente solo tiene que poner coto a sus antojos y caprichos alimentarios. El terapeuta le ayudará a lograrlo. De esta manera, bajará un promedio de ½ kilo por semana. Será un ritmo lento, pero seguro.

Para lograr una forma de alimentación equilibrada, ha de realizar cambios en su vieja actitud y maneras de comer. No es fácil. Entonces, le ayudarán las técnicas de autocontrol. Autocontrol no es poner pura fuerza de voluntad y resistirse ante la comida. No. Es ponerse obstáculos frente a las tentaciones de excederse en la alimentación. En adelante, se explican las técnicas. Además, el agente de salud, luego de cada sesión terapéutica, puede enviar mensajes digitales de animación al *smartphone* de su paciente. La experiencia clínica muestra que los resultados son muy positivos.

Por otra parte, los medicamentos para perder apetito pueden ayudar en el primer impulso motivador del tratamiento. Pero las medicinas solo se utilizarán al inicio, después hay que suspenderlas. Agregado a todo esto, si la persona inicia un programa de ejercicios físicos para siempre, habrá complementado bien el tratamiento.

En resumen, los seis componentes del tratamiento médico-psicológico son:

- No dietas de hambre
- Ejercicios físicos
- Medicamentos
- Terapia psicológica
- *E-mails* de animación
- Cirugía en última instancia

Las partes de la obra son cuatro.

La primera es teórica. Tiene por objetivo entender la naturaleza multifactorial del sobrepeso y la obesidad. El capítulo I define obesidad y sobrepeso, da cifras de la epidemia en el Perú y el mundo, y señala sus impactos en la salud. Los factores genéticos, constitucionales, neurológicos, endocrinos y farmacológicos asociados al aumento de la masa corporal, son abordados en el capítulo II. El capítulo III trata acerca del comer en exceso como adicción y de los trastornos de la conducta alimentaria que conducen al sobrepeso u obesidad. Sobre la mala alimentación, el sedentarismo y el falso modelo de delgadez imperante en la sociedad actual versa el capítulo IV. El capítulo V examina aspectos antropológicos de carácter filogenético de la obesidad en la evolución del *Homo sapiens*.

La segunda parte desarrolla el tratamiento médico y sus componentes: dieta, ejercicios físicos y medicamentos. En el capítulo VI se comentan los principios de la alimentación correcta y el modelo de la dieta mediterránea. El capítulo VII menciona los beneficios de los ejercicios físicos y sus limitaciones; la necesidad de ser evaluado por un clínico y, en especial, por un cardiólogo. El uso racional de los medicamentos se aborda en el capítulo VIII.

La tercera parte aborda los tratamientos psicológicos y las terapias orientales alternativas. El capítulo IX se centra en la terapia cognitivo-conductual (TCC) para los casos individuales. El trastorno de atracones y la terapia dialéctico conductual, variante de la TCC, se describen en el capítulo X. El capítulo XI

detalla cómo se conduce una terapia de grupo para bajar de peso y mantenerse delgado. Acerca del papel de los correos electrónicos al paciente, como complemento del tratamiento médico-psicológico, trata el capítulo XII. El capítulo XIII menciona las terapias alternativas para bajar de peso, como yoga, acupuntura, budismo zen, hipnosis y otras escuelas psicoterapéuticas. Aunque la propuesta terapéutica de la obra es bajar de peso de modo lento, existen excepciones que se plantean en el capítulo XIV.

La cuarta parte explica qué medidas radicales tomar cuando todo ha fracasado. El capítulo XV repasa las técnicas quirúrgicas en el estómago y las posteriores en la piel. El internamiento voluntario en *Fat Camp*, campamento *manu militari*, a fin de adelgazar de manera forzada, se menciona en el capítulo XVI.

En los Anexos, se publican algunos de los 90 correos electrónicos de animación que se envió al paciente Remigio (29), desde junio de 2017 a abril de 2018. Se han aprovechado estos *emails* para sistematizar diferentes aspectos teóricos y de tratamiento.

Los ejemplos de intervención están basados en mi experiencia como médico psiquiatra y consultor del desaparecido centro de adelgazamiento Slim Center: Servicios Estéticos. Este trabajo está concebido, principalmente, para los profesionales de la salud que asesoran a pacientes con sobrepeso/obesidad: nutricionistas, endocrinólogos, psicólogos, psiquiatras y cirujanos plásticos. El lector que quiera ir directo al tratamiento médico y psicológico, puede hacerlo sin tener que leer la primera parte de la obra, que es teórica.

PRIMERA PARTE

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Se abordan resúmenes de los estudios biológicos, psicológicos, socioculturales y antropológicos acerca del sobrepeso/obesidad.

Esta enfermedad nutricional es multifactorial y constituye el origen de otras enfermedades, cuyos costos resultan altos en salud pública. Dado que a la fecha no existe un tratamiento firmemente exitoso, se impone la investigación científica en todas las áreas.

Esta primera parte sirve de preparación para el entendimiento del tratamiento médico psicológico que se propone como alternativa importante.

Sobrepeso y obesidad

1

*Si una persona parece
obesa, es obesa*
Albert Stunkard

El sobrepeso y la obesidad están definidos como un estado patológico de exceso de grasa corporal. En lenguaje llano, es ser gordo.

DIAGNÓSTICO

Índice de masa corporal (IMC)

Es la herramienta clínica para valorar el grado de nutrición del paciente. También se le llama índice de Quetelet, en honor al estadístico belga Adolphe Quetelet (1796-1874), quien lo describió. Constituye el método más usado para definir el abanico de “desnutrición”, “normalidad”, “sobrepeso”, “obesidad I”, “obesidad II” y “obesidad mórbida”.¹

El IMC se obtiene mediante un cálculo simple. Se divide el peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado. La resultante se compara en una tabla predeterminada (Tabla 1).

Una manera aún más simple de establecer el IMC es mediante un disco prefabricado que hace coincidir peso y talla. Figura 1.

- **Objeciones al IMC.** Se ha cuestionado que el IMC refleje, en realidad, el estado nutricional de la persona. Hay sujetos de apariencia delgada que, en realidad, sufren de obesidad. Es que este trastorno se define como exceso de grasa y no, necesariamente, como cuerpo grueso. Los levantadores de pesas, por ejemplo, tienen mucha musculatura y poca grasa, no son obesos. Por el contrario, una persona que come poco, de mala calidad y, además, no hace ejercicios, llega a desarrollar exceso de grasa en su organismo, aunque se le vea delgada.

Tabla 1. Diagnóstico nutricional, según el IMC

| | Desnutrición | Normal | Sobrepeso | Obesidad I | Obesidad II | Obesidad mórbida |
|-----|--------------|-----------|-----------|------------|-------------|------------------|
| IMC | 18,4 | 18,5-24,9 | 25-29,9 | 30-34,9 | 35-39,9 | ≥ 40 |

Fuente: OMS



Figura 1. Disco calculadora IMC, marca Gima 23776. Fuente: gimaitaly.com

La inexactitud del IMC es que solo mide peso y estatura. En cambio, la evaluación adicional del colesterol, triglicéridos, sensibilidad a la insulina, marcadores de inflamación y otros factores de riesgo metabólico darían mejores luces. De este modo, se puede demostrar que un apreciable porcentaje de personas delgadas tienen exceso de grasa; y que personas con sobrepeso, en realidad, son obesas.² Así, algunos revisores proponen una nueva interpretación del IMC. Normalidad si el IMC es menor de 20; sobrepeso, mayor de 20; obesidad, mayor de 30. Sin embargo, en 2022, las publicaciones médicas continúan utilizando el IMC como el criterio del estado de nutrición, por su facilidad de uso y costo bajo.



Figura 2. Comparación de un atleta y un obeso.

Cintura abdominal

Un criterio diagnóstico adicional es el tamaño de la cintura abdominal. El exceso de 102 cm en los varones y de 88 cm en las mujeres se encuentra más relacionado con la resistencia de la insulina y los riesgos cardiovasculares.³

Plicómetro

Instrumento que valora la grasa corporal en su adherencia a los pliegues cutáneos de los brazos.

Exámenes complementarios

La valoración del IMC y de la cintura abdominal puede ser complementada con exámenes sanguíneos de las grasas corporales, glucosa y otros parámetros metabólicos.

Condiciones clínicas

Asimismo, deben considerarse ciertas condiciones clínicas del paciente, como sexo, edad y embarazo.

- **Sexo.** Las mujeres padecen más de sobrepeso y obesidad que los varones, debido a su mayor estructura adiposa. Son quienes más buscan ayuda. En el centro de adelgazamiento Slim Center, la proporción de pacientes mujeres y varones era 9/1.
- **Edad.** La formulación del diagnóstico nutricional en menores de edad es especial, ya que se encuentran en crecimiento. Existen tablas internacionales calificadoras; sin embargo, ha de tenerse en cuenta que las medidas varían según grupos étnicos. De todos modos, muchos especialistas han acordado aplicar el método del IMC y las tablas, para la determinación del estado nutricional de bebés y adolescentes. Por otra parte, las poblaciones mayores de 65 años presentan menor sobrepeso y obesidad, aunque debido a su mayor mortalidad.
- **Gestación.** La embarazada gana peso a partir del cuarto mes de gestación. Solo cae en sobrepeso la que desarrolla caprichos alimentarios (“antojos”) persistentes y en gran volumen; o bien, la que cree que “debe alimentar a dos” y se excede. Luego del parto, el cuerpo de la mujer retiene dos kilogramos, lo que es fisiológico. En el programa de control de la gestante, corresponde al personal especializado la educación de las embarazadas para prevenir la obesidad y el sobrepeso del bebé.⁴

En el embarazo también puede perderse peso, sobre todo al inicio. Se da en el caso de náuseas y vómitos persistentes. La hiperémesis gravídica debe ser tratada por un equipo conformado por un médico obstetra, psiquiatra y nutricionista.

EPIDEMIOLOGÍA

El sobrepeso/obesidad constituye una verdadera pandemia. No solo los países ricos la padecen, también, los países pobres. Es uno de los principales problemas de salud internacional. Por esta causa mueren 2,8 millones de personas cada año, según informó la OMS, en 2020.

- **Mundo.** De 1975 a 2016, el sobrepeso/obesidad se triplicó en el orbe. En 2016, el 39 % de los mayores de 18 años lo sufrían. En Estados Unidos, los principales problemas de salud pública son tres, alcoholismo, tabaquismo y obesidad; sobrepeso/obesidad lo padecen el 66 %; cercano a lo hallado en Canadá (60 %) y México (50 %). De continuar esta tendencia, en 2030, el 40 % de la humanidad tendrá sobrepeso y el 20 %, obesidad, subraya la OMS.
- **Perú.** En 2021, había 62,7 % de los mayores de 14 años tenían exceso de peso.⁵

COMPLICACIONES

Las principales complicaciones de la obesidad son las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y traumatológicas. Estas, a su vez, recalcan en diversas incapacidades costosas. Un alto porcentaje de las muertes causadas por enfermedades no transmisibles provienen mayormente de la obesidad.⁶

- **Enfermedades cardiovasculares.** Son la primera causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. Entre estas, tenemos la enfermedad coronaria, incluido el infarto cardíaco, la hipertensión arterial y los accidentes cerebrovasculares.
- **Enfermedades metabólicas.** Entre ellas la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), las dislipidemias (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia), hiperuricemia y gota e hígado graso. Las complicaciones de la DM2 son graves, como la ceguera y el pie diabético, que, muchas veces, termina gangrenado y debe amputarse.
- **Problemas traumatológicos.** Suelen presentarse en la columna vertebral, como dorsalgias y lumbalgias; en las rodillas, como artrosis.
- **Neoplasias.** Son la segunda causa de morbilidad y mortalidad mundial, y están vinculadas a la obesidad; en especial, los cánceres de colon, mama y próstata.
- **Otras.** La obesidad también ocasiona trastornos del sueño, incluidos ronquidos y apnea del sueño, dificultades para el embarazo (infertilidad y aborto habitual) y litiasis biliar.
- **En niños.** La obesidad es causa de burla y marginación social que afectan el mundo psíquico del niño y el adulto. Por otro lado, una de las primeras manifestaciones del consumo de azúcar, que es abundante en los niños obesos, es el deterioro dental.

- **Obesidad y covid-19.** La covid-19 ha tenido entre sus principales víctimas a los adultos mayores, obesos, cardiopatas y pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Diversos metaanálisis revelan que a mayor índice de masa corporal, mayor gravedad tiene la evolución clínica, aunque no necesariamente más mortalidad. Se han reportado algunos factores causales de mayor gravedad en el paciente con covid-19 en los obesos, entre ellos la afectación de la flora intestinal y la deficiencia de vitamina D, ambas vinculadas a la protección inmunológica.⁷⁻⁹

La vulnerabilidad del obeso a las infecciones virales ya se había visto en 2009, cuando la gripe H1N1 mató cientos de miles de personas, de las cuales un porcentaje significativo fueron personas con sobrepeso y obesidad.

POLÍTICAS DE SALUD

Muchos clínicos no comprenden la naturaleza del incremento ponderal en las personas, creen que se trata de un simple problema de voluntad. La OMS, en 2004, acordó con los países firmantes la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. En 2011, la OMS sumó la declaración Prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

El 44.º presidente de EE. UU., Barak Obama, durante su periodo 2009-2017, dio una ley para disminuir el tamaño de los vasos descartables de las bebidas gaseosas. En Perú, en 2011, el presidente Ollanta Humala, en su primer discurso a la Nación, expresó preocupación por el sobrepeso y obesidad de la niñez peruana.

PREVENCIÓN

Evitar la obesidad es tarea de todos, incluidos el Estado, la escuela, la industria alimentaria, la publicidad y, sobre todo, la familia. He visto madres gordas que obligan a sus hijos a comer cuando estos no tienen hambre. La puericultura y el budismo zen enseñan que solo se debe comer cuando se tiene hambre.

- **Educación**

La mejor política para la reducción del consumo de bebidas azucaradas es la educación. Una campaña publicitaria de tres años, efectuada en los centros educativos, establecimientos de salud, guarderías y entidades estatales de Maryland, Estados Unidos, redujo en un 20 % el consumo de bebidas gaseosas y en el 15 % la venta de jugos de frutas, informó Schwartz y col., en 2017.

En mayo de 2018, el Gobierno del Perú aumentó el impuesto selectivo al consumo de bebidas azucaradas, del 17 % al 25 %, con fines de salud pública. La Asociación de la

Industria de Bebidas y Refrescos sin Alcohol (Abresa) protestó señalando que su producción apenas llegaba al 15 % del consumo de azúcar en todo el país. Además, puntualizó que el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas no había disminuido la obesidad en países como México.

- Octógonos

En Perú, desde el 17 de julio de 2019, rige la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes. Los alimentos y bebidas industriales llevan etiquetas negras octogonales de advertencia, que indican si son altos en azúcar, grasas saturadas y sodio, y si contienen grasas trans. Esta medida fue rechazada por la industria de alimentos, aunque, finalmente, acatada. En el otro extremo, fue aplaudida por los colegios profesionales de salud, como el Colegio Médico del Perú y el Colegio de Nutricionistas del Perú.

- Niñez

La prevención empieza en la niñez. Las recomendaciones son las siguientes:

- Lactancia materna en el recién nacido hasta los seis meses al menos.
- Alimentarse en un ambiente de paz.
- Los mayores deben dar el ejemplo en comer verduras.
- No usar la comida como premio o castigo.
- No dulces, no gaseosas, no frituras, no azúcar.
- Actividad física. No ver demasiada televisión ni el celular.

Cuando el paciente en consulta –por cualquier motivo– presenta sobrepeso u obesidad, el personal de salud debe realizar psicoeducación.¹²



Figura 3. Octógonos. Foto: Ministerio de Salud.

También hay personas afectadas de incremento ponderal que hacen dieta y logran bajar de peso; pero luego regresan a comer en exceso y, naturalmente, a su estado anterior. Entonces, emprenden otra dieta, para repetir el ciclo *ad infinitum*. A este sube y baja, el médico Luis Pun lo denomina “fenómeno yo-yo”. Una buena intervención médico-psicológica se impone, para que sea el tratamiento definitivo.¹³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev Méd Clin Los Condes*. 2012;23(2):124-128. [Internet], 2012. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882>
2. Chacón C, Gómez J, Rodríguez M. Relación del índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de cintura (CC) con glucosa, colesterol y triglicéridos en estudiantes de medicina. *Rev Dig de la Universidad de Chiapas*. 2020;9(23). [Internet]. 2020. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/217>
3. De Pablos P, Martínez F. Significado clínico de la obesidad abdominal. *Endocrinología y Nutrición*. 2007;54(5):265-271. [Internet]. 2007. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575092207714468>
4. Mayo Clinic. Embarazo y obesidad: infórmate sobre los riesgos. [Internet]. EE. UU. Escrito por el personal de la Clínica Mayo. Publicado el 11.06.2012. [Consultado el 23.08.2022] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/pregnancy-and-obesity/art-20044409>
5. Inei. Exceso de peso en Perú. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2021 [Internet]. 2023. [Consultado el 20.03.2023]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2021.pdf
6. Raimann X. Obesidad y sus complicaciones. *Rev Méd Clin Los Condes*. 2011;22(1):20-26. [Internet]. 2011. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703893>
7. Rico-Fontalvo J, et al. Obesidad y covid-19. *Arch Med*. 2020;16(4). [Internet]. 2020. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/obesidad-y-covid19-103481.html>
8. Abumweis S, Airefai W, Alzouhool F. Association of obesity with covid-19 diseases severity and mortality: A meta-analysis of studies. *Obes Med*. 2022;33. [Internet]. 2022. [Consultado el 26.08.2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9181395/>
9. Petrova D, et al. La obesidad como factor de riesgo en personas con covid-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Atención primaria* 2020, NIH. 2020;52(7):496-500. [Internet]. 2020 [Consultado el 27.08.2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247450/>
10. Calderón H. Obesidad. En: Asociación Peruano Japonesa con el Policlínico Peruano Japonés y el Colegio Médico del Perú. *Medicina Ambulatoria, práctica clínica*. 3.ª edición. Lima: Revistas Especializadas Peruanas S. A. C.; 2018.
11. Prats J. La epidemia de obesidad: relato de un fracaso. *El País*. [Internet]. Publicado el 19.02.2015. [Consultado el 26.08.2022]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/02/18/ciencia/1424279678_360226.html
12. Quillas R, Vásquez C, Cuba M. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Médica Per*. 2017;34(2):125-131. [Internet]. [Consultado el 29.08.2017]. Disponible en: <http://www.amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/320/210>
13. Pun L. *Piense y coma como flaco*. Lima: Editorial Aguilar; 2006.

El estudio de la obesidad es un rompecabezas biológico

El sobrepeso y la obesidad están asociados a múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. En este capítulo se revisan los factores biológicos.

GENÉTICOS

Desde este punto de vista, hay tres tipos de obesidad: obesidad común o multifactorial, obesidad monogénica no sindrómica y obesidad monogénica sindrómica.¹

- **Obesidad común o multifactorial.** Es la más frecuente. De padres gordos, hijos gordos. Hay mezcla de factores genéticos, malas costumbres alimentarias en la familia, y sedentarismo. Cuando uno de los padres es obeso, el 40 % de los hijos lo serán; cuando ambos padres son obesos, el 80 % de los hijos lo serán. Cuando ambos padres son delgados, el 18 % de los hijos serán obesos. *Grosso modo*, la herencia participa en un 50 %, según estudios poblacionales y de gemelos.

La predisposición se debe a la participación modificada de varios genes relacionados con tres condiciones:

- **Hambre y saciedad.** Los genes *LEP* y *LEPR* (leptina), *NPY* (neuropéptido Y) y *MC4R* (receptor de melanocortina); también los genes *MSH*, *AGRP*, *CART* y otros.
- **Termogénesis.** Los genes *ADRB* y *UCP* están vinculados con el calor corporal y, en consecuencia, con el nivel de metabolismo y de gasto energético.
- **Gasto calórico.** Los genes *PPAR*, *TNF* y *FBAP* rigen el consumo o ahorro de energía.
- **Obesidad monogénica no sindrómica.** Afecta al 5 % de los obesos extremos. Es ocasionada por la mutación de 11 genes vinculados a la alimentación. Uno de ellos es el gen *LEP*, encargado de la producción de leptina, la hormona de la saciedad. Su falta ocasiona que el paciente coma sin experimentar saciedad.
- **Obesidad monogénica sindrómica.** Obesidad asociada con síndromes monogénicos relacionados a retraso mental. Los principales síndromes son los siguientes:

- **Síndrome de Prader-Willi.** Talla baja; manos, pies y genitales pequeños; ojos almendrados, inactividad. Sorprendentemente, hay un alto nivel de leptina, pero ineficiente.
- **Síndrome de Cohen.** Microcefalia, orejas grandes y trastornos renales.
- **Síndrome de Bardet-Biedl.** Trastornos de la visión, riñones y polidactilia.
- **Síndrome de Down.** Con tendencia mayor a la obesidad que la población general. Se han invocado como causas hipotiroidismo, metabolismo bajo, poca actividad física y nutrición inadecuada. Sin embargo, un estudio sobre el consumo de alimentos de 40 jóvenes con síndrome de Down, en Lima, reveló que su alimentación era inadecuada, con pocas verduras y pescado y muchas bebidas azucaradas, golosinas, grasas saturadas y embutidos.²

Epigenética

No obstante lo mencionado, parece que los genes no son decisivos de manera absoluta. Investigadores de la Universidad Laval, de Quebec, Canadá, han demostrado que, si una madre obesa con hijos obesos se somete a una cirugía bariátrica y baja de peso, sus nuevos hijos tendrán peso normal. La comparación de 25 bebés delgados con 25 controles obesos reveló que 5 698 genes se habían modificado. No era una mutación, sino una metilación del ADN. Esta epigenética explicaría por qué la hambruna de las embarazadas de los Países Bajos al final de la II Guerra Mundial, produjo más hijos con obesidad, diabetes *mellitus* y esquizofrenia; y en otros estudios sobre padres hambrientos, porque sus hijos padecieron de más enfermedades cardíacas.³

CONSTITUCIONALES

Quienes nacieron gorditos, tenderán a desarrollar sobrepeso y obesidad. El bebé que pesó más de 4 000 gramos al nacer tiene más células adiposas que alimentar durante toda su vida y padecerá más hambre que el delgado. Además, tenderá a desarrollar diabetes tipo 2 y aumento anormal de las grasas corporales colesterol y triglicéridos. Las personas gruesas pesan más. Los varones son más musculares y las mujeres más adiposas. En general, a más IMC, más falta de saciedad. Cabe mencionar que las personas que tuvieron bajo peso al nacer también tienen mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes *mellitus* tipo 2, según la teoría de Hales y Barker, llamada efecto programador intraútero, dada en 1997.⁴

La teoría del punto fijo (*set point*) es una hipótesis que señala que toda persona tiene un punto de equilibrio en el peso corporal. Cualquier aumento o disminución activa un sistema de retroalimentación (*feedback*) que lo regresa a su peso fijo. Quienes sostienen esta teoría se apoyan en el fracaso universal de las dietas como tratamiento para bajar de peso. De manera complementaria, las personas delgadas sometidas a una baja de peso lo logran a duras penas y,

cuando termina el experimento, regresan a su peso original de manera espontánea. Los teóricos del punto fijo señalan que los gordos constituyen la parte minoritaria normal de la población distribuida en la campana de Gauss. Recomiendan que estos no hagan dietas ni intenten bajar de peso, sino que se acepten a sí mismos.

NEUROLÓGICOS

● Centros nerviosos que controlan la ingesta de alimentos

Son dos, el hipotálamo y el sistema mesolímbico (corteza prefrontal, núcleo *accumbens*, amígdala cerebral).

El hipotálamo controla el hambre y la saciedad normales. En cambio, el sistema mesolímbico da lugar a los antojos alimentarios (*craving*, recompensa), a base de grasa y azúcar. Los antojos del sistema mesolímbico pueden anular el instinto sano del hambre y la saciedad.

La obesidad y el sobrepeso están vinculados a una disfunción neuroendocrina de las sensaciones fisiológicas del hambre y la saciedad. En el hipotálamo lateral se encuentra el centro del hambre, que integra sensaciones gustativas, visuales y psíquicas del apetito, y en el lado ventromedial, el centro de la saciedad. Estos centros interactúan inhibiéndose uno al otro, según las señales corporales periféricas del ciclo de energía disponible: hambre-ingesta-saciedad.

El hipotálamo, órgano del tamaño de una almendra y ubicado debajo del tálamo óptico y encima del tronco cerebral, además del control del hambre y la saciedad, cumple varias funciones vitales. Controla la sed y su saciedad, el sueño y la vigilia, la sexualidad y la reproducción, la temperatura corporal y el ciclo circadiano. También media respuestas emocionales y secreta ocho de las principales hormonas liberadas por la hipófisis.

En relación al hambre, el hipotálamo necesita unos 25 minutos para integrar la percepción de saciedad de las diversas sensaciones de saturación que vienen del organismo. En virtud de esta información neuroendocrina, la persona normal (así como el mamífero superior) cesa de comer. Sin embargo, cuando esta información no llega adecuadamente, continúa la ingesta alimentaria y el resultado es un incremento del peso.

El hambre es una sensación que depende de sensores en el sistema circulatorio e hígado. Cuando estos sensores detectan que la glucosa y las grasas están bajas, informan al cerebro que es hora de reponer energías (ganas de comer). Pues bien, este sistema del hambre también estaría mermado en el obeso. También el ciclo sed-ingesta-saciedad tiene su centro de control a cada lado del hipotálamo, por fuera y detrás de los núcleos supraópticos.

Sin embargo, todo no depende del hipotálamo. También participa la corteza cerebral en la búsqueda activa del alimento, en las sensaciones relacionadas con la ingestión y el recuerdo de experiencias.

Alteración del hipotálamo. La participación de los centros hipotalámicos del hambre y la saciedad como causa de obesidad se ve ilustrada en el síndrome de Froehlich. Este es un cuadro clínico raro de distrofia adiposo genital que se da en adolescentes, en el que los varones más que las mujeres presentan obesidad e infantilismo sexual. La acumulación de grasa corporal es debida a la ingesta de alimentos sin control cerebral. Ocurre que los niveles de la hormona liberadora de gonadotropina –que secreta el hipotálamo– se encuentran bajos. En consecuencia, se produce hipogonadismo. Las causas de fondo son las lesiones en el hipotálamo o la hipófisis; también, las encefalitis, meningitis, meningoencefalitis, inflamación de las aracnoides y la toxoplasmosis.⁵

Experimentos de laboratorio en roedores, a los que, mediante microcirugía, se les extirpa el núcleo ventromedial de la saciedad, comen sin parar y desarrollan obesidad.

- **Sueño.** No dormir aumenta el consumo de energía en 385 calorías adicionales al día. Complementariamente, el insomnio interfiere con la producción de la hormona del crecimiento, vinculada con el equilibrio del peso.
- **Serotonina.** El déficit de este neurotransmisor puede ocasionar depresión, ansiedad, irritabilidad y obsesiones. Algunas personas que padecen de comer emocional se calman con los carbohidratos.
- **Dopamina.** Su deficiencia ocasiona intolerancia para esperar la recompensa, atributo importante en el autocontrol alimentario.
- **Comida humana adictiva.** Otro factor que explica la obesidad y el sobrepeso es que la comida humana actual es adictiva. Constituida por grasas, harinas, azúcares y sales refinadas, produce en el cerebro los mismos cambios que en el drogadicto. Estudios bioquímicos y de imagen cerebral revelan que la estimulación que producen siguen las mismas rutas neurológicas que las de la cocaína y heroína.

Una observación adicional es que las mascotas que ingieren comida humana tienden a desarrollar obesidad. El perro y el gato domésticos que de modo sistemático comen alimentos de su amo también se tornan adictos. A pesar de ser primigeniamente carnívoros, prefieren la comida humana a la carne cruda.

ENDOCRINOS

Varias son las hormonas que intervienen en la regulación del peso. Las que producen saciedad y hambre de modo directo son la leptina y la grelina, respectivamente. La hormona antidiurética y otras que producen retención de líquidos aumentan el peso, pero no la sustancia magra del cuerpo.⁶

● Leptina

Es la hormona de la saciedad. De la raíz griega *leptos* = delgado, fue descubierta en 1994. Interviene en la disminución del apetito; también en la termogénesis (quema de calorías grasas). Es secretada por el adipocito, principalmente, y por otros tejidos como el hepático, gástrico y placentario. Actúa sobre el hipotálamo en el control de la saciedad. Aparte del cerebro, también hay receptores de leptina en el riñón, páncreas, pulmón, glándulas suprarrenales, ovarios, testículos, músculos, estómago, intestinos y células hematopoyéticas. Otras funciones de la leptina son las siguientes:

- Antiinflamatoria.
- Inicio de la pubertad.
- Reproducción.
- Lipólisis en los adipocitos.
- Modulación de la hormona del crecimiento.

La concentración de leptina en la sangre se evalúa por radioinmunoanálisis. Su valor se correlaciona positivamente con el índice de masa corporal (IMC) y va de 1 a 15 ng/mL. Las mujeres tienen más leptina que los varones. En obesos, su concentración es de 30 ng/mL o más.

El obeso padece de resistencia a la leptina. Si bien su organismo la produce hasta cuatro veces más que los delgados, es ineficiente. Cuando el obeso ayuna y baja de peso, disminuye su producción. Esto ocasiona disminución del gasto calórico y mucha hambre. Se trata de un círculo vicioso difícil de romper. Cabe destacar que la falta de leptina, por defecto genético, da obesidad mórbida de manera precoz. Se postula que el descubrimiento del mecanismo de la resistencia a la leptina permitirá combatir la obesidad y otras dolencias como la retinopatía diabética, trombosis vascular y trastornos reproductivos.⁷

● Grelina

Es la hormona del hambre. Producida principalmente en el estómago, genera la sensación de hambre en el hipotálamo. Además, la grelina estimula la secreción de la hormona del

crecimiento en la hipófisis. Sus niveles son altos antes de comer y bajos después de tomar los alimentos. A las tres horas de la última comida vuelve a aumentar. Las dietas hipocalóricas la mantienen alta; eso explica la permanente sensación de apetencia. El ejercicio físico disminuye los niveles de grelina. Es curioso que los delgados sometidos a dietas hipocalóricas desarrollen altos niveles de hambre; en cambio, las personas con sobrepeso no tanto.

- **Insulina.** Producida por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas. Es la hormona que transporta glucosa a los diferentes tejidos del organismo y genera grasa a partir de los carbohidratos. En la obesidad, hay mucha producción de insulina, debido a la hiperglucemia suscitada por el exceso de comida, pero es cualitativamente deficiente. Su consecuencia es la diabetes *mellitus* tipo 2: la glucosa no penetra bien las paredes celulares de los diferentes tejidos del cuerpo y se estanca en la sangre. El consiguiente déficit energético celular activa los mecanismos neuroendocrinos del hambre y el individuo come más y más. Así, el diabético obeso cae en un círculo vicioso.
- **Glucagón.** Transforma en glucosa la grasa almacenada en el hígado, cuando el organismo no responde a la sensación de hambre indicativa de hipoglucemia. Así, aumenta la glucemia.
- **Hormona del crecimiento.** Producida por la hipófisis. Tiene por función estimular el crecimiento en los niños. En los adultos también cumple importantes roles como disminuir el tejido graso y aumentar el tejido muscular, fortalecer los huesos y cartílagos. La mayor producción se da una hora después del inicio del sueño y el 50 % se alcanza en la fase III y IV del sueño REM. Por eso, dormir bien es un factor más para adelgazar.
- **Hormonas tiroideas.** Producidas en la glándula tiroides. Su función es regular el metabolismo. La deficiencia de hormonas tiroideas causa el hipotiroidismo, que lentifica el metabolismo y puede aumentar de peso. Sin embargo, solo el 5 % de los pacientes con hipotiroidismo desarrollan sobrepeso u obesidad. De todos modos, el tratamiento con levotiroxina (Eutirox®) es importante en el paciente hipotiroideo, con o sin sobrepeso.
- **Hormonas sexuales.** Los estrógenos (producidos por los ovarios) y los andrógenos (producidos por los testículos) intervienen en la distribución de la grasa corporal de la mujer y el varón, respectivamente. Los estrógenos tienden a almacenar la grasa en la parte inferior del cuerpo de la mujer (“forma de pera”). Con el envejecimiento, la grasa de mujeres y varones tiende a almacenarse en el abdomen (“forma de manzana”).
- **Cortisol.** Producida por las glándulas suprarrenales. Inhibe la captación y utilización de glucosa a nivel de los tejidos periféricos, lo que da lugar a una mayor cantidad de glucosa disponible para almacenarla en forma de grasa. En el estrés se produce un exceso de cortisol.

FARMACOLÓGICOS

Algunos medicamentos producen incremento del apetito y, por consiguiente, del peso. Los principales son los siguientes:

- **Antidepresivos.** Tricíclicos como amitriptilina (Tryptanol®) y clomipramina (Anafranil®); serotoninérgico y noradrenérgico como mirtazapina (Remeron®), que incrementa el apetito y el sueño.
- **Antipsicóticos.** Los antiguos clorpromacina y levomepromazina y la moderna olanzapina producen incremento del apetito y el peso. Para la atenuación de este efecto indeseable, se recomienda dieta y ejercicios físicos; también agregar metformina, un medicamento indicado en diabetes *mellitus* tipo 2, por ser antihiper glucemiante.
- **Antihistamínicos.** Muchos producen sedación y sueño, pero también aumento del apetito y el peso. Se considera que la cetirizina es menos riesgosa que la clorfeniramina.
- **Anovulatorios.** Son hormonas que actúan en el cerebro impidiendo la ovulación y, por consiguiente, el embarazo. Uno de sus efectos secundarios eventuales es el aumento del apetito y el peso. Conviene que el paciente y el ginecólogo encuentren un producto cuyos componentes y combinación no den efectos indeseables.
- **Alcohol.** Cada mililitro de alcohol contiene 7 kilocalorías vacías. Se llaman vacías porque no contienen nutrientes tales como minerales o vitaminas. Las bebidas espirituosas no son deseables en un programa de pérdida de peso.
- **Tabaco.** Las personas adictas al tabaco al dejar de fumar incrementan su masa corporal en unos 3 kilogramos. Por cierto, ningún profesional de la salud propone consumir cigarrillos para bajar de peso.

CLIMÁTICOS

El cambio climático puede contribuir a la obesidad infantil. La afectación de los campos de cultivo conlleva inseguridad alimentaria y mala alimentación.⁸

También la obesidad influye en el cambio climático. Los obesos suelen comer todo tipo de carnes, alientan el incremento de la ganadería y de los alimentos industriales, y, con esto, los gases invernaderos. La revista británica *Lancet*, en 2019, invocó tomar consciencia de esta relación en bien de todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quiroga de Michelena M. Obesidad y genética. Anales de la Facultad de Medicina. [Internet]. 2017. [Consultado el 23.08.2022] Vol. 16(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200014
2. Barco M. Frecuencia de alimentos en adolescentes y adultos jóvenes con síndrome de Down. Horizonte Médico, 2019;19(3):27-32.
3. Huerta E. ¿Se pueden heredar los sufrimientos? [Internet]. Lima. Diario El Comercio, publicado el 20.08.2017. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/salud-heredar-sufrimientos-noticia-ecpm-666725-noticia/>
4. Barrera R, Fernández L. Programación metabólica fetal. Perinatología y reproducción humana. 2015; 29(3):99-105. [Internet]. 2015. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000345>
5. Zárate A, Salcedo R. La distrofia adiposo genital o síndrome de Frohlich: su contribución al establecimiento de la neuroendocrinología. Medigraf de la Unidad de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007;143(4). [Internet]. 2007. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm074k.pdf>
6. Espinoza A, Martínez A, Reyes Z. Papel de la grelina y la leptina en el comportamiento alimentario: evidencias genéticas y moleculares. Rev. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2021;68(9):654.663. [Internet]. 2021. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2530016421000471>
7. Acosta M, et al. Mecanismos de la leptina implicados en el desarrollo de la obesidad. Rev. Med. de la Universidad Veracruzana. 2015;2(15):103-113. [Internet]. 2015. [Consultado el 26.08.2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2015/muv152g.pdf>
8. Piña C. Cambio climático, inseguridad alimentaria y obesidad infantil. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2020;45(3):18. [Internet]. 2020 [Consultado el 25.08.2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n3/e1964/>

El obeso se comporta como adicto a los alimentos

La obesidad no es una enfermedad mental. Está clasificada como enfermedad nutricional por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que señala los tipos siguientes:

- Obesidad debida a un exceso de calorías.
- Obesidad inducida por medicamentos.
- Obesidad extrema con hipoventilación alveolar.
- Otras obesidades.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) también establece que la obesidad no es una enfermedad mental. Este concepto contrarresta el prejuicio de que la obesidad constituye un problema psicológico de ansiedad o de falta de voluntad para seguir una dieta. Más bien, es el resultado de múltiples factores. Es verdad que, a veces, la obesidad es el resultado de un trastorno mental; pero eso lo veremos en el apartado “Trastornos de conducta alimentaria”.

Muchas personas señalan que comen en exceso por ansiedad. Pero esta aseveración no se ha visto confirmada por las pruebas clínicas. Entre 1968 y 1971, el psicólogo Stanley Schachter y colaboradores realizaron experimentos para demostrar que la obesidad era el resultado de un “hambre falsa”. Cuando indujeron ansiedad en estudiantes con sobrepeso, no hallaron incremento de libras. El deseo de comer, en realidad, estaba relacionado con la vista y el olor de la comida o con el reloj y la hora de comer. Edward Abramson, inicialmente incrédulo, confirmó esta observación con sus propios experimentos.¹

Lo que sí se ha demostrado es que la dieta misma es fuente de estrés. Como quiera que el descenso ponderal nunca es rectilíneo, cada retroceso produce frustración o vergüenza. Peor aún, las personas en dietas eternas, ante cada fracaso, desarrollan sentimientos devastadores como desaliento, desmoralización, reproches contra sí mismas, pesimismo e, incluso, ansiedad y depresión.

ADICCIÓN A LOS ALIMENTOS

Muchos autores consideran que la obesidad es una verdadera adicción a la comida. He aquí algunas de las conductas alimentarias de aspecto adictivo en el obeso:

- Come en exceso.
- Come rápido.
- Come porque la comida está a la mano.
- Es voraz: no mastica, traga.
- Repite.
- Es proclive a la comida calórica: grasas y carbohidratos.
- Usa edulcorantes y productos bajos en grasa.
- Prueba una galleta del paquete y, luego, se las come todas.
- Le gustan las bebidas gaseosas.
- Pica entre comidas.
- No come por hambre, sino por apetencia.
- Desespera cuando tiene hambre, no sabe aguardar y se irrita.
- Come las sobras de los niños en la mesa.
- No gusta de las ensaladas.
- Siempre piensa en los alimentos.
- Cree que la comida es sagrada y que no se debe botar.
- Promete probar solo un pedacito, pero sigue comiendo.
- Come viendo televisión.
- Come atendiendo su celular.
- Trabaja en la computadora, fija o portátil, mientras come.
- Come más de noche. Se controla en las mañanas.
- Asalta la refrigeradora en las noches.
- Come en la cama antes de dormir.
- Come en la calle, parado o mientras camina.
- Es muy inclinado a las celebraciones con comida.
- Compra alimentos para los niños, pero se los come él.
- Siempre está a dieta, aunque la odia.

En cambio, el delgado come únicamente cuando tiene hambre y deja de hacerlo al satisfacerse. Actúa así porque obedece a las señales fisiológicas internas de hambre y saciedad. En cambio, el obeso tiene dificultad para experimentarlas; más bien, come cuando le ofrecen alimentos, aunque no tenga hambre; o porque cree que ya es hora de almorzar o cenar.

En 1970, un experimento de Stanley Schachter, camuflado de “investigación de la personalidad” convocó a obesos y delgados, pagados, que debían resolver unos cuestionarios. Cuando el experimentador ingresó a la sala de trabajo y dejó paquetes de rosquillas, los obesos las comieron; en cambio, los delgados, no. Aparte, se aceleró el reloj de la sala de manera que pareciera la hora de almorzar; los obesos tomaron la comida ofrecida “porque ya era su hora de almorzar”; en cambio, los delgados no lo hicieron porque “no tenían hambre y no querían arruinar su almuerzo”.

- **Falta de señales fisiológicas.** Las personas con obesidad comparten características clínicas de alcohólicos y drogadictos como las incapacidades de abstenerse y detenerse. La incapacidad para abstenerse es la merma de la voluntad para dejar de comer fuera de hora; la incapacidad para detenerse es la merma de la voluntad para dejar de comer una vez que se empezó. El obeso come como desesperado, no por ansiedad, sino por impulsividad. Así, no da tiempo al cerebro de experimentar la sensación de saciedad.
- **Rasgos asociados.** De acuerdo con una investigación exploratoria que realicé en el desaparecido centro de servicios estéticos Slim Center, la psicopatología más asociada fue la ansiedad y la depresión. En mi observación personal, las personas con obesidad tienden a la hipersensibilidad e impulsividad. Por otra parte, los escolares con sobrepeso tienen más dificultad en controlar sus impulsos y en postergar las recompensas. No obstante, no está bien establecido si tales dificultades son anteriores o posteriores a la ganancia de peso.
- **Secuelas psicológicas.** Una consecuencia clara de la obesidad es la afectación de la autoestima, por razones socioculturales. Empieza en la niñez, cuando se recibe el mote despectivo de “gordo”, y sigue en el colegio, cuando hay *bullying* por el sobrepeso. Las burlas e insultos mellan la autoestima en una etapa crucial del desarrollo de la personalidad. Afecta más a las chicas que a los muchachos, debido a la cultura machista. Las mujeres, jóvenes y adultas, solteras y casadas, llegan a sentirse acomplejadas por su cuerpo, tanto para la vida social cuanto para el ejercicio de su sexualidad. No se sienten atractivas o dignas de ser elegidas para un trabajo o el amor. El no lograr el peso anhelado puede llevar al desaliento o la desesperación. Algunos obesos se burlan de su propio peso como un mecanismo de defensa.

Una paciente desmoralizada por no poder bajar de peso en años de dietas trucas me dijo: “Daría diez años de mi vida al demonio para ser delgada”.

En la intimidad sexual, las mujeres, más que los varones, tienen inhibiciones de mostrarse desnudas. Además, el sobrepeso mismo puede dificultar el coito. Una joven (24 años) se quejaba de que su esposo (32 años) obeso la aplastaba y, literalmente, asfixiaba en la cama. Otra (37 años) había dejado de sentirse atraída por su marido (46 años) obeso, debido al abdomen prominente de este.

Como de todo hay en la viña del Señor, cabe mencionar que existen varones atraídos de manera especial por mujeres con sobrepeso (“llenitas”) u obesas. En internet, pueden encontrarse webs dedicadas al rubro “mujeres de talla grande”.

- **Dificultades psicosociales.** Los obesos deben buscar “tiendas de ropa para gorditos” o bien mandar confeccionar trajes para su tamaño. En el transporte público, los asientos resultan pequeños para ellos. En las fiestas y en muchos certámenes sociales se sienten en la mira de los demás, diferentes o marginados.

BULIMIA

Es un trastorno que suele cursar con sobrepeso, debido a constantes atracones seguidos de vómitos autoinducidos. La ingesta de la comida es voraz, a gran velocidad, hasta producir dolor estomacal; luego, sobreviene disforia, vivencia de culpa y vómito autoinducido. Pero, enseguida, el paciente repite el ciclo de voracidad y vómito. Afecta más a las mujeres. Empieza en la adolescencia y se prolonga en la vida. Puede cambiar a anorexia nerviosa y, entonces, intercambiarse periodos de bulimia y anorexia.

El centro de la psicopatología es la distorsión de la imagen corporal: la persona se ve gorda cuando no lo es. Del 30 % al 70 % se encuentran afectados por depresión.

El tratamiento requiere de un equipo multidisciplinario, integrado por psiquiatra, psicólogo, médico internista; el odontólogo interviene cuando los vómitos han lastimado la boca. En caso que el paciente se encuentre en completo descontrol, debe internarse. El tratamiento incluye medicamentos y psicoterapia. Se prefieren los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como fluoxetina, y la terapia cognitivo-conductual.²⁻⁵

Anorexia nerviosa. También es una distorsión de la imagen corporal. La adolescente (la gran mayoría son mujeres) se ve gorda, cuando en realidad es muy flaca. Casi no come y/o vomita en secreto. Se preocupa por los alimentos. Puede cocinar para los demás y no comer. Si el bulímico ha perdido el control para comer, el anoréxico posee un control extremo. Es una de las

pocas enfermedades mentales mortales: los pacientes pueden morir por inanición. Entre otras modelos, Isabelle Caro, famosa por la campaña “No anorexia”, donde posó desnuda con 25 kg, murió de insuficiencia respiratoria. El 30 de noviembre se conmemora el Día Internacional de Lucha contra los Trastornos Alimenticios.

TRASTORNO DE ATRACONES

Se trata de episodios repetidos de ingesta alimentaria rápida y excesiva. Produce mucho malestar psíquico y físico. El paciente llega a consumir hasta 6 000 calorías cada día. A diferencia del bulímico, no realiza maniobras de compensación como el vómito autoinducido. Cuanto más estricta es la dieta, más alta es la probabilidad de caer en una comilona. Hay pacientes que realizan ayunos secretos de días seguidos de atracones. Con frecuencia, el motivo disparador del atracón es un evento sin mayor importancia.

Un paciente (30 años) entraba en atracones cada vez que su esposa no le daba la razón en algún asunto baladí; también, si sufría alguna pequeña lesión en el cuerpo, tal como una raspadura en la piel.

La primera descripción de este cuadro clínico la realizó el psiquiatra Albert Stunkard, en 1959, con el nombre de *night eating syndrome* (síndrome de alimentación nocturna). Más adelante, el cuadro fue descrito como trastorno de atracones al margen de la noche. Afecta al 3,5 % de las mujeres y al 2 % de los varones en Estados Unidos; se da en el 30 % de las personas que buscan tratamiento para bajar de peso y en el 50 % de los obesos. Puede darse en personas con peso normal.

De acuerdo con el DSM-5, la gravedad clínica se clasifica así:

- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderada: 4-7 atracones a la semana.
- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Extrema: 14 o más atracones a la semana.²⁻⁵

GULA

A las personas que comen y beben por placer, en exceso y desorden, se les conoce como glotonas o golosas. Su sobreingesta dura una o dos horas. Tienen consciencia de su descontrol. Algunas son sibaritas, es decir, se regalan con alimentos finos.

Estas personas no realizan maniobras de compensación, tales como vómitos inducidos, ejercicios físicos extremos, consumo de laxantes o medicamentos para adelgazar. No hacen dietas y, si las hacen, las rompen enseguida. No presentan psicopatología.

OTROS TRASTORNOS

Existen otros trastornos clínicos que, aunque no son específicos de la alimentación, pueden modificar el apetito y el peso. El tratamiento es psicológico y con antidepresivos.

- **Trastorno depresivo mayor.** Aunque la mayoría de pacientes manifiestan inapetencia y baja de peso, una minoría come en exceso y aumenta de peso.
- **Distimia.** Trastorno del humor menos severo que la depresión, pero más persistente, dura años. En el DSM-5 se le conoce como trastorno depresivo persistente. Dos características que suelo encontrar son el cansancio y el pesimismo. Hay inapetencia o, por el contrario, ingesta compulsiva.
- **Obsesión por los alimentos.** Constituye una suerte de trastorno obsesivo compulsivo por la comida que suele producir sobrepeso más que obesidad. La persona piensa en los alimentos todo el día, incluso cuando está en el trabajo o en los estudios. Desde que despierta, su pensamiento es la comida. No puede expulsar esas ideas molestas, si no es con tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abramson E. El comer emocional: una guía práctica de control. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer; 1999.
2. Dunker M, Salde R. Anorexia nerviosa y bulimia. México D.F.: Editorial Limusa; 1992.
3. American Psychiatric Association. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 329-354.
4. Taylor D, Paton C, Kapur S. Eating disorders. Wiley Blackwell. Prescribing Guidelines in Psychiatry. The Maudsley. 12.th edition. Great Britain; 2015. p. 607-610.
5. Grau A. Trastornos de la alimentación. En: Vallejo J, et al. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 2.ª edición. Barcelona: Salvat Editores S. A; 1986. p. 344-360.

Aspectos socioculturales

4

El actual modelo de belleza femenina es de una delgadez antinatural

La obesidad ha crecido en el mundo tanto como la prosperidad material. En las últimas dos centurias, la disponibilidad de alimentos ya es industrial. Muchos son refinados, es decir, empobrecidos en nutrientes. Han prosperado la comida rápida (*fast food*), para personas apuradas, las que se cuentan por miles de millones.

Complementariamente, la publicidad de alimentos y bebidas constituye un bombardeo diario en la televisión, radio, periódicos y revistas, que inducen a consumirlas. El sector infantil es el objetivo especial para la venta de los alimentos chatarra.

Aparte, existe la costumbre de celebrar todo con comidas y bebidas. Se toman alimentos, aunque no se tenga hambre. En la Antigüedad, la obesidad fue considerada signo de estatus alto; más adelante, pecado capital: gula.

Comer es un acto social. Una persona que hace dieta al margen de la familia puede sentirse mal, aunque su régimen alimentario sea correcto para su salud física.

Por otro lado, la gente en las grandes ciudades se mueve poco. Sentados frente a una computadora, pasan horas de horas. Cuando regresan a sus hogares, se sientan en el sofá a tomar la cena frente al televisor. Los niños ya no juegan a la ronda; pocos adolescentes y jóvenes hacen deporte; los adultos no realizan paseos o caminatas vigorosas. Están inmóviles ante el celular o la computadora portátil para el chat, el Facebook o algún videojuego.

El hombre moderno tiene la comida al alcance de la mano, en la refrigeradora o en la despensa. No tiene que cocinar o salir, hay servicios de entrega a domicilio. Ya no se levanta ni siquiera para cambiar de canal en el televisor, usa el control remoto. Ha surgido el teletrabajo, la persona labora desde su casa; con la pandemia de la covid-19, en 2020, creció aún más.

MODELOS DE BELLEZA

Desde fines del siglo XIX, el modelo de belleza comenzó a abandonar el de las majas rollizas de Francisco de Goya y Lucientes (España, 1746-1828). Primero fue la chica Gibson, una figura curvilínea. A inicios del siglo XX, la ropa estilo imperio era para mujeres esbeltas como una tabla. Luego, vino el estilo *flapper*, para mujeres muy esbeltas. Entonces, empezaron los

ayunos. La publicidad comercial y el cine reforzaron la imagen ideal de esbeltez, inalcanzable para una mujer normal. En la década de 1950, la sinuosa figura de Marilyn Monroe debió ser un respiro para las mujeres, pero su 90-60-90 era excepcional. Surgió Barbie que, con su delgadez extrema imprimió la mente de las niñas. En 1966, emerge Twiggy como modelo con su 1,77 m y sus 43 kg (IMC de 13,7, que indica una desnutrición grave). Así, se consolidó la imagen de belleza en una delgadez antinatural. Con Jane Fonda se agregó el requisito de hacer ejercicios físicos matadores. No es sino en la década de 1980 que se toma consciencia de los trastornos alimentarios. La princesa Diana de Gales padecía de anorexia nerviosa. La inconformidad de las mujeres estadounidenses con su cuerpo ha ido *in crescendo*. En 1972, eran el 33 %; en 1996, el 48 %, según una encuesta de la revista *People*; en 2000, el 95 %.¹

Los estadounidenses gastan miles de millones de dólares en su cuerpo. Los concursos de belleza imponen el modelo de delgadez extrema. Miss Universo y Miss Mundo fueron creados a inicios de la década de 1950. Hoy, 167 países envían participantes a Miss Universo y 500 millones de personas de 150 países las siguen por televisión en vivo. Se trata de un negocio millonario.

Misses desnutridas

Miss Suecia 1951 tenía un peso saludable, medía 1,84 m y pesaba 68 kg; es decir, su IMC era 20. En cambio, Miss Suecia 1983 ya tenía un peso muy bajo: era más alta, 1,87 m y pesaba menos, 50 kg; su IMC era 14,2, es decir, el de una desnutrida. A continuación, presento el IMC de chicas colombianas en un concurso de belleza:

De las 29 candidatas, 21 (72,5 %) presentaban desnutrición; tres (10,3 %) nutrición normal baja; cinco (17,2 %) nutrición normal. Una de ellas se encontraba muy desnutrida (IMC = 15,6).²

Aunque parezca mentira, la entidad internacional no exige a las concursantes peso y talla mínimos ni máximos. Se trata de un entendimiento de todas las organizaciones nacionales de enviar chicas altas y de muy poco peso.

Requisitos para concursar en Miss Universo:

- Tener entre 18 y 27 años (culto a la juventud).
- Ser legalmente mujer. Desde 2012, puede ser transgénero.
- Ser soltera. Desde 1957, se rechaza a casadas, separadas, divorciadas, viudas o de matrimonios anulados.
- No estar embarazada. No tener hijos ni siquiera adoptados.
- Puede tener cirugías y cosméticos.
- Nada que afecte su imagen pública, pero puede haber posado desnuda.

Tabla 2. El IMC de candidatas al Miss Mundo Colombia 1999

| Distrito | Edad | Talla (m) | Peso (k) | IMC | Estado nutricional |
|------------------|------|-----------|----------|------|--------------------|
| Amazonas | 17 | 1,70 | 50 | 17,3 | Bajo |
| Antioquía | 22 | 1,68 | 50 | 17,8 | Bajo |
| Arauca | 20 | 1,75 | 48 | 15,6 | Muy bajo |
| Atlántico | 19 | 1,58 | 51 | 20,0 | Normal |
| Boyacá | 21 | 1,70 | 50 | 17,3 | Bajo |
| Caldas | 26 | 1,60 | 47 | 18,3 | Bajo |
| Caquetá | 23 | 1,75 | 56 | 18,6 | Normal bajo |
| Casanare | 19 | 1,68 | 50 | 17,7 | Bajo |
| Cauca | 21 | 1,70 | 54 | 18,6 | Normal bajo |
| Colombia Florida | 17 | 1,70 | 50 | 17,3 | Bajo |
| Cesar | 24 | 1,75 | 58 | 19,3 | Normal |
| Córdoba | 20 | 1,78 | 54 | 17,0 | Bajo |
| Cundinamarca | 23 | 1,80 | 62 | 19,1 | Normal |
| Guainía | 19 | 1,70 | 49 | 16,9 | Bajo |
| Guajira | 23 | 1,76 | 58 | 19,3 | Normal |
| Guaviare | 22 | 1,70 | 48 | 16,6 | Bajo |
| Huila | 21 | 1,75 | 54 | 17,6 | Bajo |
| Meta | 18 | 1,70 | 51 | 17,6 | Bajo |
| Nariño | 20 | 1,74 | 50 | 16,5 | Bajo |
| Norte Santander | 21 | 1,75 | 60 | 19,5 | Normal |
| Quindío | 20 | 1,70 | 49 | 16,9 | Bajo |
| Risaralda | 18 | 1,80 | 58 | 17,9 | Bajo |
| Santa Fe | 18 | 1,70 | 50 | 17,3 | Bajo |
| Santander | 21 | 1,78 | 56 | 17,6 | Bajo |
| Sucre | 18 | 1,76 | 50 | 16,1 | Bajo |
| Tolima | 22 | 1,70 | 52 | 17,9 | Bajo |
| Valle | 23 | 1,74 | 53 | 17,5 | Bajo |
| Vaupés | 23 | 1,70 | 50 | 17,3 | Bajo |
| Vichada | 17 | 1,72 | 55 | 18,5 | Normal bajo |

Fuente: El Tiempo, 30 de mayo de 1999

ALIMENTACIÓN INDUSTRIAL

El exceso en la alimentación es debido, muy en parte, al agrado por los alimentos industriales. Muchos de estos contienen grasas saturadas y trans. Según varios nutricionistas, tenemos tres enemigos blancos: azúcar, sal y harina.

- **Azúcar.** El azúcar común, azúcar de mesa o azúcar industrial es el principal enemigo de la alimentación humana. Fue producido industrialmente a partir del siglo XVIII. El 73 % se obtiene de la caña de azúcar (*Saccharum officinarum*) y el 27 % de la remolacha. La primera patente de terrones data de 1843.

La azúcar blanca es sacarosa, un disacárido químicamente puro, compuesto por glucosa y fructosa. No contiene vitaminas ni minerales. Los principales productores son Brasil e India, seguidos por la Unión Europea, Tailandia, China y Estados Unidos, países donde también se da el mayor consumo mundial.

La OMS recomienda que el aporte de calorías provenientes del azúcar no pase de 50 gramos diarios (\pm tres cucharaditas) o 10 %. Sin embargo, los alimentos industriales los contienen hasta en un 80 %. Su consumo aumenta el riesgo de resistencia a la insulina y de diabetes *mellitus* tipo 2. En los niños, provoca caries dental. La relación con el cáncer es indirecta, por el aumento del peso; los únicos cánceres directos serían el de páncreas, colon y recto.

El consumo de azúcar más cafeína (altos en las bebidas energizantes) da lucidez inicial; pero, luego, altera los nervios de muchas personas. Existe adicción a la cafeína, la manera de abandonarla con el azúcar es poco a poco. Varios autores hablan de adicción al azúcar.

- **Sal.** La sal común es cloruro de sodio (NaCl), un compuesto que puede aumentar la presión arterial y afectar al corazón, cerebro y riñones. El 80 % de los alimentos naturales la contienen de por sí en bajas dosis. No hace falta agregarla a la comida. En todo caso, la OMS recomienda no pasar de cinco gramos al día.
- **Harina.** La harina de trigo es un insumo industrial para la fabricación de pan, fideos y otros productos farináceos. Estos alimentos son puramente calóricos, es decir, no contienen vitaminas, minerales, proteínas ni las buenas grasas insaturadas. Además, la harina de trigo contiene gluten, una proteína no digerible que actúa en el organismo como antígeno productor de alergias y que afecta a las personas con enfermedad celíaca.
- **Aditivos alimentarios.** Finalmente, cabe destacar que los alimentos industriales contienen aditivos para su presentación y conservación, con fines de almacenamiento y distribución en masa. Son diversos: colorantes, saborizantes, edulcorantes, estabilizantes, blanqueadores, etcétera. Se discute su relación con enfermedades como el cáncer.

Investigaciones sobre el condimento japonés glutamato monosódico (Ajinomoto®) mostró que produjo cáncer de vejiga en ratones, aunque en el humano no se pudo demostrar este efecto.⁴

La formación del gusto

Se da antes de los dos años de edad, cuando las papilas gustativas (con sus 10 mil sensores) se forman para reconocer los cuatro sabores fundamentales: salado, agrio, dulce y amargo. Lo dulce se siente con la punta de la lengua; lo amargo, con las partes laterales. La costumbre de comer dulces desde pequeño determina la ulterior predilección por golosinas y postres. En cambio, los niños que no consumen dulces no los extrañan de adultos.

Los psicoanalistas han aportado que las experiencias tempranas sobre el comer son muy importantes en la explicación de cómo nos alimentamos de adultos. El bebé siente la lactancia como un hecho de satisfacción, seguridad y amor. Pero si la madre ofrece siempre leche o alimento al bebé cada vez que llora –sin determinar si es por hambre– induce una distorsión perceptual en el niño. Lo convierte en un ser oral por la comida: comerá frente a cualquier necesidad afectiva y no, necesariamente, por hambre.

Cuando los padres, de manera sistemática, obligan al niño a comer las verduras o lo amenazan con no darle postre, se establece una relación de poder relacionada con los alimentos que repercutirá en la formación del carácter.

La alimentación en la infancia

Es la base de la normalidad o de la obesidad en las etapas posteriores de la vida. La obesidad en los niños suele aparecer al final de la infancia. El niño obeso es más alto y pesado que sus coetáneos y presenta una edad ósea más avanzada. Tiene papada. Puede llegar a desarrollar ginecomastia y estrías abdominales. Todos estos problemas deben evitarse o corregirse pronto.⁵

Costos de una buena alimentación

La comida chatarra, grasosa y azucarada cuesta menos que la saludable. Un quinto de la humanidad no puede costear el modelo de dieta propuesto por especialistas para la protección de la salud y el medio ambiente. Los países más perjudicados son los del África subsahariana y del sur de Asia. Las personas no disponen del mínimo de dólares diarios para una dieta básica local. Los productos más caros son frutas, verduras y de origen animal.

SEDENTARISMO

Aunque todos saben que el ejercicio físico y el deporte son importantes para la salud física y mental, la mayoría no lo practica, por causas diferentes, donde las principales son la falta de tiempo, la salud física, el desagrado por el deporte y la falta de costumbre. La gente trabaja demasiado.

En el Perú, el Estado y la sociedad no ofrecen la infraestructura suficiente para la educación física, la recreación y el deporte. Lo hacen los jóvenes y muy pocos mayores de 50 años. En Perú solo hay 1 000 gimnasios; los limeños asisten más que los provincianos, aunque no son persistentes. En 2020, con la pandemia de la covid-19, la actividad física y el deporte cayeron en su punto más bajo.

Las escuelas públicas (85 % de la educación peruana) no tienen profesores de educación física ni técnicos deportivos, desde que la llamada Revolución de Juan Velazco Alvarado, de 1968,

declaró: “La educación es para el trabajo”. Tiró por la borda siglos de desarrollo de las ciencias educativas.

Por lo contrario, la educación es para la formación integral del hombre. Los griegos daban a la formación física un lugar importante en la construcción del ser humano. Los romanos acuñaron el *mens sana in corpore sano*, del poeta Juvenal.

MATRIMONIO

Es sabido que los casados aumentan de peso. En varios años de matrimonio, las personas desdichadas suben más de peso que las felices. Un factor del incremento ponderal es la edad, pero más por el cambio de estilo de vida. Muchas amas de casa, por sus actividades diarias, están en relación con los alimentos con frecuencia (compra, preparación y conservación de los alimentos) y los varones dejan de practicar el deporte.

Sabotaje

Muchos varones aseguran desear que su esposa vuelva a ser delgada. Sin embargo, critican su peso, se quejan de los gastos en el gimnasio y/o le piden que prepare alimentos calóricos. Todo un sabotaje.

Algunos varones, incluso, confiesan miedo a la infidelidad, el divorcio o a la pérdida del poder conyugal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barnhill J, Taylor N. Si crees que tienes trastornos de la alimentación. Barcelona: Robinbook; 2000.
2. El Tiempo. Las aspirantes a Miss Mundo [Internet]. Bogotá: Casa Editorial NIT. Publicado el 30.05.1999. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-900433>
3. Barrio S. La gran revolución de las grasas. 2.ª edición. Barcelona; Editorial Planeta; 2011. p. 137-156.
4. Zeratsky K. ¿Qué es el glutamato monosódico? ¿Es malo? Mayo Clinic. [Internet]. Publicado el 11.06.2022. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/expert-answers/monosodium-glutamate/faq-20058196>
5. Nelson W, Vaughan V, McKay J. Tratado de Pediatría. 6.ª edición. México: Salvat Editores S. A. 1971. Tomo I, 170-171 pp.

El hombre moderno ha pervertido sus instintos

Homo neanderthalensis era delgado y musculoso. Comía de todo, en especial, carne. Por su vida de riesgo, morían temprano. Las fracturas de los huesos del fémur indican que cazaba animales salvajes montándolos a pelo.

El cromañón (*Homo sapiens*), más evolucionado que el neandertal, también era delgado. A pesar de que tenía la capacidad bioquímica de almacenar energía en forma de grasa, para los periodos de escasez, debía realizar grandes esfuerzos para conseguir agua y comida. La recolección, caza y pesca constituían un gasto calórico importante. Además, pasaba periodos de ayuno.

Comían alimentos crudos con sus respectivas enzimas (catalizadores de reacciones bioquímicas); en cambio, la comida pasada por fuego las disminuye. De esta manera, al hombre actual le faltan enzimas digestivas. Hoy, la industria farmacéutica las vende.

Hogaño, también se sazona la comida al punto que se han modificado los sabores originales del alimento. El huevo sancochado o la palta no necesitan sal, pero se les echa para aumentar el sabor.

Los animales salvajes son delgados, comen alimentos crudos y tan solo hasta saciarse. En cambio, el humano cocina y puede seguir comiendo, aun, cuando está lleno. También sus mascotas tienden a ser obesas: se han “humanizado”.

La comida es motivo de ritos y prohibiciones en todas las culturas. Sirve para las celebraciones. Lo que es un manjar para algunas (insectos y gusanos) resulta repugnante a otras. Algunas sociedades no comen carne de vaca porque la consideran sagrada. Ciertas religiones prohíben comer chanco o sangre.

La comida sobra en los países industriales, no así en los países pobres. Al lado de 672 millones de obesos hay más de 821 millones de hambrientos en el mundo, informaba la FAO, en 2018. Se da la paradoja de que países pobres y hambrientos exportan productos agroindustriales a países ricos y de muchos obesos.

La obesidad es más bien propia de las ciudades. En el campo, las personas caminan más; asimismo, toman alimentos más naturales, como granos y vegetales. Así, por ejemplo, sufren mucho menos de estreñimiento que la gente de las ciudades. En los países pobres coexiste la obesidad con la desnutrición. Pero este hecho es más notorio en las ciudades que en el campo.

En el año que serví en el cerro Siete de Octubre, en el distrito de El Agustino, Lima Metropolitana, observé casos de desnutrición y obesidad en la población de esa barriada. En cambio, en el año y medio que brindé servicios médicos a los ashaninkas (recolectores y pescadores) de los ríos selváticos Tambo, Urubamba y Ucayali nunca vi un aborigen obeso, solo casos de desnutrición, parasitosis intestinal, anemia y tuberculosis.

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTO MÉDICO

Involucra cuatro posibles componentes:

- Dieta (obligatorio)
- Ejercicios físicos (muy recomendable)
- Medicamentos (opcional)
- Cirugía (en obesidad mayor)

*Tu alimento será tu medicina y
tu medicina será tu alimento*
Hipócrates de Cos, 460-370 a. C.

LA PALABRA “DIETA”

La palabra dieta proviene del latín *diaeta*, y este del griego *diáita*, que significa “régimen de vida”. De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española,¹ hay tres definiciones:

- Régimen que se manda observar a los enfermos o convalecientes en el comer y beber, y, por extensión, esta comida y bebida.
- Conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento.
- Coloquialmente, “privación completa de comer”.

Según la etimología, la dieta consiste en alimentarse de manera correcta. La inmensa mayoría de personas toman el término dieta exclusivamente como una penosa restricción alimentaria. Pero este concepto no es exacto a la luz de las prácticas en salud. En los hospitales se prescriben diferentes tipos de dieta, según la condición del paciente. Así, las hay hipocalórica e hipercalórica; líquida y blanda; hipoproteica e hiperproteica; astringente y laxante, etcétera. Sin embargo, la palabra dieta repugna a los pacientes que han pasado por un proceso hipocalórico de hambre, peor si ha ocurrido sin éxito más de una vez.

Una mejor forma de que los médicos y nutricionistas indiquen una determinada dieta a los pacientes es el uso del término “régimen de alimentación”, y que al hecho de romper la dieta se le llame “transgresión”.

La anti-dieta propuesta por Harvey y Marylind Diamond no se refiere a no hacer dieta, sino a no llevar un régimen clásico de dieta estadounidense, es decir, de alimentos pesados, industriales y mal combinados. Ellos proponen una alimentación sana, con frutas, verduras, carnes y demás nutrientes frescos. En el fondo se trata de una dieta sana.²

EFFECTOS PERNICIOSOS DE LAS DIETAS DE HAMBRE

Las dietas que dejan de hambre al paciente tienen los siguientes efectos:

- Alteran las señales neurofisiológicas de hambre y saciedad.
- Generan hambre, que produce ideas obsesivas sobre los alimentos. Luego de cada alimento, la persona hambrienta espera ansiosa su siguiente ración y hasta sueña que está comiendo.

- Inducen atracones. Ocurren tanto en personas normales como en personas con trastornos de la alimentación.
- Generan la búsqueda de medidas compensatorias como ejercicios físicos agotadores y ayunos heroicos posterior a un atracón.
- Pueden constituirse en el inicio de un trastorno de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia o trastorno de atracón.

El experimento de Minnesota, de Ancel Keys y col., en la década de 1940, sobre los efectos del hambre en 36 jóvenes saludables, durante un año, reveló que empezaron a darse atracones de 8 000 a 10 000 calorías diarias y, aun así, no se sentían satisfechos. Luego, en el periodo de normalización de la alimentación algunos continuaron comiendo en exceso.³

En internet y en las revistas populares pueden encontrarse fórmulas dietéticas que anuncian resultados maravillosos, pero que contravienen los principios de la alimentación adecuada. Algunas no son universales en nutrientes y orillan a caer en cuadros carenciales. Otras raras, como “la dieta de la sopa de cebolla” o “la dieta solo de carnes”, hacen bajar de peso, pero son un riesgo para la salud.

- **Dietas heroicas.** No a las dietas heroicas. Hay regímenes alimentarios popularizados en libros y revistas que prometen resultados milagrosos. Se trata de dietas que matan de hambre. Obras suscritas por algunos médicos (que abusan del prestigio de la profesión) proponen planes de bajar de peso a base de una disciplina alimentaria muy poco natural. Por ejemplo, un famoso libro “La dieta del doctor Equis” propone tareas que casi nadie podría sostener durante toda la vida:
 - Supresión de carbohidratos.
 - Ayuno de grasa.
 - Conteo de calorías.
 - Administración de comida cada dos horas.
 - Toma de vitaminas.
 - Mantenerse en la dieta limpia (*clean eating*) de los fisicoculturistas.
 - Peso continuamente.
 - Realización de análisis de sangre.
 - Soportar el hambre y los síntomas de privación.
 - Sobrevivir los primeros diez días.
 - Otros.

Las dietas hipocalóricas que prometen hacer bajar de peso ocho kilogramos por mes matan de hambre y traen trastornos fisiológicos. Lo peor es que fracasan, porque cuanto más rápida es la disminución del peso, más estrepitoso es el regreso al peso anterior. Las dietas heroicas contradicen los principios de las ciencias de la nutrición. Además, algunas indicaciones son dudosas tal como “tomar mucha agua”: la fisiología señala que se toma agua cuando se tiene sed y punto. Por otra parte, “Tomar alimentos nuevos” puede ser extraño a la cultura de la persona.

- **Ayuno intermitente** (*fasting*). No al ayuno intermitente. El ayuno en fechas religiosas es un rito de varias confesiones. Parece que dejar de comer un par de veces al año y tomar únicamente líquidos es una medida plausible. Pero el ayuno durante días seguidos como estilo de vida no es recomendado por ningún nutricionista serio.

Hay varios sistemas de ayuno intermitente:

- El 16/8 o método ganancias magras (*lean gains*). Ideado por Martin Berkhan para fisicoculturistas. Consiste en ayunar 16 horas (incluidas las horas del sueño) y, luego, comer todo lo que se quiera en las ocho horas siguientes.
- El 5/2. Cinco días comes lo que deseas y dos días de la semana solo 500 a 600 calorías.
- 24/24. Un día ayunas y al día siguiente comes todo lo que se te antoje.

Estos métodos no son fisiológicos. Hay riesgo de hipoglucemia y enfermedades cardiovasculares. El organismo necesita 800 calorías diarias tan solo para las funciones vitales.

Un paciente obeso de 30 años tenía mucha fe en el *fasting*, luego de leer al respecto en internet. Durante tres días no probaba alimentos, pero el cuarto día caía en atracones y quería ayuda para controlarlos. Pero resultaba muy difícil prestarle ese tipo de apoyo, pues la reacción natural del hambre aguda es caer en comilonas.

- **Dieta macrobiótica**. Estilo de vida basado en los principios chinos del yin y el yang, donde la dieta constituye parte de la espiritualidad. Aconsejan los cereales con raíces, algas, té verde, entre otros. Las autoridades en nutrición advierten que seguir esta dieta de manera estricta puede provocar enfermedades carenciales.
- **Alimentación intuitiva**. Consiste en comer y dejar de comer, de acuerdo a las señales fisiológicas de hambre y saciedad, respectivamente. Produce mejoras físicas y psíquicas. El problema con los obesos es que tienen alteradas, precisamente, las señales de hambre y saciedad. El seguimiento de casos ha señalado que no siempre se baja de peso.
- **Dietas y cambios anímicos**. Las personas con sobrepeso que adelgazan adecuadamente, en general, mejoran su autoestima. Pero no siempre es así. Una minoría desarrolla depresión

o ansiedad. Lo mismo pasa con personas delgadas sometidas a pérdida de peso, aunque, al suspender el régimen, suelen regresar a su peso y ánimo normales.

Una paciente, de 30 años, sometida a un régimen de alimentos severo, bajó ocho kilogramos en un mes. Al cabo se sintió débil y con depresión grave. Consultó cuando experimentó deseos de suicidarse, mediante el lanzamiento desde la altura.

Otra paciente, de 40 años, sometida a dieta hipocalórica, desarrolló depresión porque no cumplía al 100 % el régimen de alimentos. Se detectó que su personalidad era perfeccionista. Perdía el ánimo con cada eventual “infracción” alimentaria que cometía. Se tuvo que trabajar sus rasgos obsesivos, para que no se hundiera afectivamente ante las pequeñas licencias que todo régimen de alimentos debe consentir.

MITOS

Muchas personas con sobrepeso tienen ideas incorrectas acerca de lo que debe ser su dieta. A continuación algunos de los mitos que el Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*) del NIH de EE. UU., pone al descubierto.⁴

- **Para perder peso, debes renunciar a todos tus alimentos favoritos.** No es así. Pequeñas cantidades de tus alimentos favoritos ricos en calorías pueden ser parte de tu programa de alimentos. Solo debes asegurarte de no caer en la tentación de seguir comiendo y acabar con todo.
- **El pan, la pasta y el arroz engordan, deben evitarse.** No es exacto. Se puede comer en cantidades moderadas; mejor, si son de granos integrales.
- **Alimentos libres de gluten ayudan a comer más saludablemente.** Esto es verdad solo para personas que sufren de enfermedad celíaca o son hipersensibles al gluten.
- **Deben evitarse todas las grasas.** Inexacto. Las grasas insaturadas (presentes, verbigracia, en la aceituna, nueces y palta) son necesarias en la nutrición. Incluso, las grasas saturadas son necesarias en un 10 %.
- **Volverse vegetariano ayuda a perder peso y estar más saludable.** Esto es verdad solo en la medida que se consuma menor cantidad de calorías. Hay veganos que pueden estar consumiendo azúcar, grasas y calorías en exceso. Además, el vegano deberá asegurarse de ingerir suficientes nutrientes, porque comer carne puede ser parte de un plan saludable.
- **Hay que consumir superalimentos.** No existen alimentos que contengan todos los nutrientes. Algunos poseen propiedades energizantes, antioxidantes, antiinflamatorias, laxantes o formadoras de heces, etcétera. Pero creer que son afrodisíacos, prolíficos, adelgazantes o que impiden los cánceres es un mito.

- **No tomar vitaminas.** Esta aseveración es polémica. Las vitaminas son aceleradores de reacciones químicas en el organismo, importantes para la salud. Exactamente, son coenzimas que ayudan a las enzimas a la catálisis. Su falta (avitaminosis) ocasiona diversas enfermedades llamadas “carenciales”.

Las vitaminas (“aminas vitales”) se descubrieron en la primera mitad del siglo XX. Su síntesis industrial condujo al *boom* de los “golpes vitamínicos”, en especial para los niños. Pero pronto se vieron casos de hipervitaminosis, es decir, enfermedades por exceso de vitaminas. Por ejemplo, el exceso de vitamina A produce daño hepático y, en la gestante, defectos en el feto, entre otros.

Entonces, surgió la pregunta de si el ser humano necesita tomar vitaminas producidas por la industria farmacéutica. La investigación reveló que no eran necesarias ante una buena alimentación, porque en los alimentos hay vitaminas suficientes. Así, las indicaciones de vitaminas quedaron restringidas a las enfermedades carenciales y otras condiciones médicas especiales tales como desnutrición, alcoholismo y enfermedades gástricas que conllevan una menor incorporación de vitaminas al organismo.

La pregunta actual es si los suplementos de vitaminas y minerales son necesarios en la persona sometida a un tratamiento dietético para bajar de peso y que, además, realiza ejercicios físicos. La mayoría de autores responde que no, si la dieta es correcta. Pero muchos nutricionistas señalan que sí, porque los alimentos han perdido riqueza nutricional,

Tabla 3. Avitaminosis

| Carencia de | Problemas de |
|-------------|----------------------|
| A | Visión y piel |
| B1 | Beriberi y demencias |
| B2 | Visión y a la boca |
| B3 | Pelagra |
| B6 | Anemia y neuropatías |
| B12 | Anemia perniciosa |
| C | Escorbuto |
| D | Raquitismo |
| E | Anemia hemolítica |
| K | Coagulación |

Fuente: elaboración propia

debido a la sobreexplotación de los suelos.⁵ Muchos geriatras también los recomiendan a sus pacientes, pues consideran que la absorción está disminuida a partir de la tercera edad.⁶

En general, el deportista, el convaleciente y las personas de la tercera edad, si van a suplementarse, deberán hacerlo un mes sí y un mes no.

- **Desayunar como un rey...** Algunos autores recomiendan que la distribución de los alimentos sea mayor en el desayuno, moderada en el almuerzo y menor en la cena. Repiten el aforismo: “Desayunar como un rey, almorzar como un príncipe y cenar como un mendigo”. Pero se basan en observaciones realizadas sobre poblaciones de personas delgadas. Desde el punto de vista metodológico, estas investigaciones dejan dudas porque esas poblaciones eran religiosas, llevaban una vida disciplinada, no tomaban alcohol ni fumaban.

Por otra parte, muchos no tienen hambre temprano por la mañana y, por eso, toman el desayuno en la oficina a media mañana. Cabe recordar que las personas con obesidad o sobrepeso tienen dificultades para experimentar las señales fisiológicas de hambre y saciedad. La propuesta es que la persona se guíe, para tomar sus alimentos, por las sensaciones de hambre y saciedad, antes que por el reloj.

- **Puedo tomar alcohol.** Las bebidas espirituosas constituyen calorías vacías, es decir, no poseen nutrientes, solo engordan. La única bebida recomendada por los neurocientíficos es el vino tinto que contiene el antioxidante resveratrol, el cual sirve a la neurogénesis (producción de nuevas neuronas). Pero una alternativa limpia al vino son los alimentos que contienen resveratrol como la uva, arándanos, frutos secos y chocolate negro. De manera que, si la persona suprime el alcohol de su vida, estará bien.

LA ALIMENTACIÓN CORRECTA

La buena alimentación debe ser suficiente, universal, variada y adecuada.

- **Suficiente.** No comer en exceso ni quedarse con hambre.
- **Universal** (omnívora). La comida debe contener todos los nutrientes: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. La dieta vegana tiene el riesgo de resultar incompleta.
- **Variada.** La preparación de los alimentos debe ser diferente cada día. Por ejemplo, si hoy se comió papa, en los siguientes días se comerá camote o yuca; si hoy se comió carne roja, en los días siguientes se comerá ave o pescado.
- **Adecuada.** Que los alimentos se ajusten a la edad, sexo, actividad física, etcétera. Además, se tendrá en cuenta la religión o costumbres de la persona. Los testigos de Jehová no comen carne; los serranos prefieren alimentos naturales sobre los refinados por la industria.

Dieta normal

La propuesta de este trabajo es hacer dieta en sentido griego, es decir, comer de modo saludable. Estar hambriento semanas o meses, lejos de ayudar a mantenerse delgado, a la larga, produce el efecto paradójico de aumentar el peso. El autor no es “pro-dieta” ni “anti-dieta”, en sentido lato. Más bien hay que tomar alimentos en calidad y cantidad suficientes cada vez. No quedarse con hambre, tampoco excederse. Así, el reto de la persona con sobrepeso será lograr autocontrol, para no ingerir más de lo necesario y quedar satisfecha. Esto implica reaprender a comer, como se indica adelante. Si lo logra, tendrá un descenso aproximado de 500 gramos por semana. Será lento, pero exitoso en el largo plazo.

Que empiece a comer volúmenes de alimentos como debería hacerlo para siempre: desayuno normal, almuerzo normal, cena normal. Nada de dietas hipocalóricas. La persona decidirá si come tres, cuatro o cinco veces al día. La mayoría de las personas toman desayuno, almuerzo y comida. Otras, necesitan un entremés que puede ser un medio desayuno y/o un lonche. Cada paciente decide cuántas veces tomará alimentos. Amancio y col. recomiendan comer cinco veces al día. Mi sugerencia es que el paciente lo haga solo tres veces al día, porque uno de los problemas del obeso es que, cuando empieza a comer, no para.

Dos estilos saludables de alimentación son la mediterránea y la vegana.

● Dieta mediterránea

Cumple con los principios de la alimentación correcta. Tiene componentes principales en el aceite de oliva; hortalizas, legumbres, champiñones y frutos secos; verduras de la estación más bien crudas que cocidas; pan, pastas, arroz y cereales; lácteos; pescado más bien que carnes rojas; frutas más bien que postres; y agua más bien que vino.

Las investigaciones han asociado la dieta mediterránea con una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares (infartos, colesterol alto, hipertensión arterial), endocrinas (diabetes *mellitus* tipo 2 y obesidad abdominal), neurológicas (enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo). Las personas que la siguen tienen una mayor calidad de vida física y mental; disminuyen en 30 % el riesgo de diabetes *mellitus* tipo 2, sin necesidad de bajar de peso o hacer ejercicios físicos. Por contraparte, aumenta el índice de enfermedad celíaca debido al consumo de gluten.^{7,8}

La dieta mediterránea nunca fue consumida por ningún país mediterráneo. La Unesco la declaró Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad, en 2010.

● Alimentación vegana

Estilo de vida en el que la alimentación es de origen vegetal, en exclusiva, en rechazo radical al consumo de carne, ave, pescado, etcétera. El estudio EPIC-Potsdam 2018 reveló que la dieta vegana produjo una reducción del 93 % en diabetes *mellitus*, 50 % en derrames cerebrales, 36 % en cánceres y 2,81 % en ataques cardíacos. Sin embargo, debe mencionarse que la vitamina B12 (cianocobalamina) solo se encuentra en las carnes rojas, hígado de vacuno, pescado, ave, mariscos, leche y huevos. Por esto, el vegano puro deberá tomar suplementos de esta vitamina, para no padecer de anemia perniciosa. También puede ocurrir déficit de las vitaminas A, B9 y D, calcio, hierro y omega 3, si no se cuida el régimen.⁹

Rol del nutricionista

Para bajar de peso y luego mantenerse saludable no hay otra medida que ponerse a dieta en el mejor sentido de la palabra. A muchos pacientes les conviene asistir a un buen profesional de la nutrición. La ventaja es que deberán dar cuenta de sus avances cada semana y eso le incentivará a persistir en su programa de alimentos cada día. Además, el profesional le dará indicaciones precisas. Por ejemplo, respecto al consumo de frutas, cuando el paciente adulto se encuentra en etapa de descenso ponderal, le indicará unas tres frutas diarias; y en etapa de mantenimiento, unas cinco.

CONTROL DE LOS EXCESOS

No se puede bajar de peso si se mantienen los excesos. El obeso difícilmente los evitará si le ofrecen alimentos listos o los tiene al alcance de la mano. Es igual que poner una botella de licor en manos de un alcohólico y decirle “no lo tomes”, y peor si le indicamos que pruebe solo una copita y nada más. Ya con solo el olor del alcohol se activarán sus circuitos cerebrales de alcoholismo. Las incapacidades de abstenerse y detenerse se pondrán en marcha, para la recaída y el círculo vicioso.

En el tratamiento clásico de las adicciones químicas y no químicas, el objetivo final es que el paciente renuncie al objeto de sus apetencias. En el alcoholismo, drogadicción y ludopatía, la meta es que el paciente nunca más pruebe alcohol, droga o juego, respectivamente. Pero es menester señalar que la terapia de las adicciones cursa con recaídas, las cuales idealmente deberán ser cada vez menores en intensidad y frecuencia, hasta llegar a cero.

En el adicto a los alimentos la evolución del tratamiento es peor, ya que él debe estar en contacto con el objeto de su adicción, la comida, para siempre. Ha de tomar sus alimentos varias veces al día y ¡parar de comer! En el acápite tratamiento abordamos este problema.

EDULCORANTES

Son sustancias alternativas al azúcar industrial. Las hay naturales con menos calorías y las artificiales cero calorías.

Naturales

- **Estevia.** Único edulcorante natural cero calorías y de 8 a 300 veces más dulce que el azúcar blanca. Derivado de la hoja de la *Stevia rebaudiana*, planta precolombina en Paraguay, que fue estudiada por Ovidio Rebaudi, en 1900. En 1931, se aislaron los glucósidos edulcorantes rebaudiósido y esteviósido. Antioxidante, es más potente que el té verde, y disminuye la hipertensión arterial. Indicado en la diabetes *mellitus*. Se dice que es seguro y que no afecta la fertilidad; pero en algunos países de Europa está prohibido, porque tendría propiedades antiandrogénicas. Vasodilatador, cardiotónico y diurético, regula a *Escherichia coli*, *Corynebacterium diphtheriae* y *Candida albicans*. Reduce el deseo de dulces y el apetito.

Está disponible en hojas enteras o molidas, en polvo o extracto líquido. La estevia deshidratada conserva su sabor por meses. Se vende como hojas, para infusión fría o helada, 30 a 40 g para tres a cuatro tazas diarias; en diabetes *mellitus*, 20 g por litro, para adelgazar. También se vende en bolsitas filtrantes de 0,5 g. Se toma una taza de infusión 20 minutos antes de cada comida.¹⁰

- **Chancaca (panela).** Es el solidificado seco del jugo de la caña de azúcar, antes de convertirse en azúcar morena. Contiene glucosa, fructosa, proteínas, minerales y vitaminas. Sirve para la preparación de postres y el endulzamiento de bebidas.
- **Miel.** Según su fuente, es del 20 % al 60 % más dulce que el azúcar blanca. Tener presente que la miel de abeja puede producir botulismo.
- **Fructosa.** Es 1,5 más dulce que el azúcar, aporta cuatro calorías por gramo y eleva el colesterol. No requiere de insulina para ingresar a la célula.
- **Otros.** Los jarabes de malta de cebada y de arroz integral son la mitad de dulces que el azúcar.

Artificiales

Hay duda, respecto a sus efectos metabólicos y, en especial, si realmente ayudan a adelgazar. Se esperan estudios de largo plazo. Algunos consideran que pueden causar alergias y dolores de cabeza. Se ha postulado que distorsionan las sensaciones de hambre y saciedad.

Una prueba clínica ofreció torta dulce a dos grupos de mujeres con sobrepeso, en la cantidad que quisieran servirse. El primero comió la torta endulzada con azúcar; el segundo, la endulzada artificialmente. El grupo del edulcorante artificial se sirvió más.

- **Aspartamo.** Descubierto en 1965 y aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA), en 1981, es el edulcorante principal de las bebidas gaseosas *diet*. Es una mezcla de ácido aspártico y fenilalanina. Contraindicado en la fenilcetonuria (ausencia o déficit de la enzima fenilalanina-hidroxilasa). A algunas personas les produce dolor de cabeza.

Una joven paciente descubrió que su cefalea crónica se debía al consumo sistemático de su bebida gaseosa *diet* favorita.

- **Sucralosa.** Derivado del azúcar. Nombres comerciales: Splenda® y Sucralight®. Indicada en la diabetes *mellitus*. Se dice que produce migrañas, aumento del peso y cambios en el ADN y el timo.
- **Sacarina.** Producida en 1878, se le vinculó con el cáncer de vejiga (en ratones). Como, además, atraviesa la placenta, no ha de usarse durante el embarazo.
- **Ciclamato.** Fue prohibido en 1971, por ser mutágeno y carcinogénico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [Internet] Madrid: RAE; 2021. [Consultado el 24.08.2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/dieta?m=form>
2. Diamond H, Diamond M. La anti dieta. Barcelona: Edit. Urano; 2011.
3. Alonso J. El experimento de inanición de Minnesota. Blog Neurociencia. [Internet]. s/f. [Consultado el 23.08.2022]. Disponible en: <https://jralonso.es/2015/03/16/el-experimento-de-inanicion-de-minnesota/>
4. National Institute of Diabetes and Kidney Diseases. La nutrición y la pérdida de peso: mitos y verdades. [Internet] EE. UU. NIH. 2014. [Consultado el 24.08.2022]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/control-de-peso/nutricion-perdida-peso-mitos-verdades>
5. Barrio S. La nutrición inteligente. Lima: Editorial Planeta Perú S. A.; 2010. p. 153-157.
6. Singh D. La dieta de la longevidad cerebral: rejuvenece tu cerebro. Barcelona: Ediciones Urano; 1998.
7. Buckland G, Bach A, Serra L. Eficacia de la dieta mediterránea en la prevención de la obesidad: una revisión de la bibliografía. *Rev Española de Obesidad*. 2008;6(6):329-339 [Internet]. 2008. [Consultado el 24.08.2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Lluis-Serra-Majem/publication/242088165_Eficacia_de_la_dieta_mediterranea_en_la_prevenccion_de_la_obesidad_Una_revision_de_la_bibliografia_Revision/links/00b7d52971ac04ff18000000/Eficacia-de-la-dieta-mediterranea-en-la-prevenccion-de-la-obesidad-Una-revision-de-la-bibliografia-Revision.pdf
8. Troncoso-Pantoja C. Comidas tradicionales y alimentación saludable: el ejemplo de la dieta mediterránea. *Rev Horiz Méd. Facultad de Medicina Universidad de San Martín de Porres*. 2017;19(3):72-77.
9. Castañeda P. Mitos y verdades del veganismo. *Diario El Comercio* [Internet]. Publicado el 26.10.2019. [Consultado el 24.08.2022] Disponible en: <https://elcomercio.pe/gastronomia/nutricion/mitos-y-verdades-sobre-la-alimentacion-vegana-noticia/>
10. Salvador-Reyes R, Sotelo-Herrera M, Paucar-Menacho L. Estudio de la stevia (*Stevia rebaudiana* Bertoni) como edulcorante natural y su uso en beneficio de la salud. *Re. Scientia Agropecuaria*. [Internet]. 2014. [Consultado el 24.08.2022]. Vol. 5(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2077-99172014000300006&script=sci_arttext&lng=en

*Lo que es bueno para el corazón
es bueno para el cerebro*

Candace Pert

El ejercicio físico y la buena alimentación fortalecen el corazón y el cerebro. El deporte, la recreación y los ejercicios físicos complementan la dieta, para una vida física y mental saludable.

Los ejercicios físicos por sí solos –sin un régimen de alimentos– no funcionan para adelgazar. De hecho, hay deportistas de gran peso como los sumos. Si alguien quisiera bajar de peso exclusivamente con ejercicios físicos, tendría que realizar un gasto de energía similar al de un maratonista, 3 000 calorías para 42 km.¹

De todos modos, el ejercicio aeróbico de 90 a 120 minutos diarios –a igual ingreso energético– produce una pérdida de peso total de 7 a 8 kilogramos, a los tres meses. Amancio y col. recomiendan ejercicios durante 30 a 60 minutos diarios, cinco a seis veces por semana.

El autor ha observado que 25 minutos de elíptica a tres cuartos de velocidad liberan 230 calorías, equivalentes a la quema metabólica de dos panes francés.

Recomendaciones para quienes no gustan del ejercicio

La indicación de realizar ejercicios físicos suele caer en saco roto. Ocurre más entre quienes sufren de sobrepeso u obesidad. ¿Las causas? Falta de tiempo, infraestructura y cultura deportiva.

Las recomendaciones para quien no gusta del ejercicio son las siguientes:

- Que el ejercicio sea divertido.
- Que no constituya una competencia estresante.
- Que no requiera de equipo personal especial.
- Programar media hora tres veces por semana.
- Escuchar música mientras camina o ver televisión en la bicicleta fija.
- Inicialmente, comprometerse ante todos de que va a iniciar su programa; darse un premio las primeras veces.

EVALUACIÓN INICIAL

Antes de someterse a un régimen de esfuerzos físicos, es importante un chequeo con el cardiólogo, para determinar si existe alguna enfermedad cardiovascular o metabólica limitante. La patología coronaria, el infarto cardíaco previo o la hipertensión arterial no impiden, necesariamente, realizar ejercicios físicos; pero estos tendrían que ser de leves a moderados. Además, antes, el paciente deberá dejar el tabaco y el alcohol, empezar la dieta y tomar los medicamentos indicados. Todo a fin de estabilizar la dinámica cardiovascular y evitar síncope, mareos posturales o, incluso, la muerte súbita. El hallazgo de trastornos metabólicos, como diabetes *mellitus* tipo 2 y/o dislipidemias, tampoco impiden el inicio de los ejercicios físicos; pero, de igual manera, conviene realizar el chequeo médico correspondiente.

Evaluación cardiológica

El especialista cardiólogo practicará una evaluación completa, para la historia clínica.

- **Anamnesis.** Síntomas, enfermedades, medicamentos, evolución del peso, antecedentes personales y familiares, etcétera.
- **Examen físico general.** Color de la piel, peso/talla, dimensiones del abdomen, ver si hay várices en las piernas.
- **Examen físico preferencial.** Auscultación del corazón y pulso. Presión arterial.
- **Pruebas de laboratorio.** Electrocardiograma (ECG) en reposo, ECG de esfuerzo en la trotadora sin fin; monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA), mediante el aparato Holter en el brazo durante 24 horas de rutina natural, para diagnosticar el real estado de la presión arterial.
- **Pruebas de sangre.** Hemograma, colesterol, triglicéridos, glucosa, hemoglobina glucosilada para ver si hay diabetes o prediabetes *mellitus* tipo 2. También urea, creatinina y albúmina en orina de 24 horas, para apreciar el estado del riñón. Eventualmente, pruebas de tiroides (TSH, T4, T3).

RECOMENDACIONES

Realizar ejercicios aeróbicos y anaeróbicos. Los aeróbicos hacen sudar, respirar rápido y quemar calorías, sirven más para adelgazar. En cambio, los anaeróbicos sirven para aumentar la musculatura a expensas de la grasa. Conviene realizar todo tipo de ejercicios y deportes. Deben ser moderados, pero constantes. El mínimo de práctica es 150 minutos a la semana, según la OMS.²

Los mejores ejercicios para adelgazar son los aeróbicos de resistencia, porque queman muchas calorías. Cada persona debe elegir el ejercicio que le guste o pueda realizar. En casa, puede bailar, saltar soga o practicar gimnasia sueca. No todos tienen que ir al gimnasio o salir a correr. De hecho, las personas con sobrepeso u obesidad pueden sufrir lesiones al correr, por sobrecarga al sistema osteomuscular. Preferible es el ciclismo, en bicicleta normal o fija.

Si la persona con sobrepeso va al gimnasio, los ejercicios aeróbicos recomendados son en la elíptica y la bicicleta fija, más que en la trotadora: 15 minutos más tres de enfriamiento. Para los ejercicios con pesas, preguntar al entrenador qué ejercicios puede realizar, a fin de no lesionar la columna vertebral. Terminar con otros 15 minutos de elíptica moderada más tres minutos de enfriamiento.

La natación es el deporte más completo y no ocasiona lesiones. Pone en ejercicio toda la musculatura y los aparatos cardiovascular y respiratorio. Una dificultad para su práctica en el Perú es la falta de piscinas. Las municipales están atiborradas en verano; las particulares pueden ser caras (entre 10 y 15 dólares la hora). Además, hay que verificar si están autorizadas por la Dirección de Salud Ambiental (Digesa) del Ministerio de Salud.

Los trabajos del ama de casa en el hogar o del varón en la calle no sirven para bajar de peso. Hay que sudar deportivamente para obtener beneficio. Más bien, el trabajo en casa o en la calle hasta podrían ser penosos y producir cortisol, la hormona del estrés.

BIENESTAR

Si el deporte por sí solo difícilmente hace adelgazar, ¿para qué los ejercicios físicos? Verdad que se puede bajar de peso con solo dieta, pero el ejercicio físico tiene varias funciones de interés para el organismo. La actividad deportiva cambia grasa por músculo y previene enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Este hecho es aún más valioso para personas de la tercera edad. Los obesos que practican ejercicios físicos disminuyen en un 30 % el riesgo de enfermedades y se equiparan a los delgados sedentarios.

El ejercicio físico promueve el bienestar a través de la producción de neurotransmisores cerebrales, que actúan sobre las hormonas y favorecen la salud física y mental.

Veamos algunas de estas hormonas.

- **Endorfinas.** Producidas por el hipotálamo y la hipófisis, otorgan un estado de paz y discreta euforia.
- **Hormona del crecimiento.** Es responsable del crecimiento muscular y de la producción adecuada de colágeno.

- **Arginina.** Se produce en la hipófisis. Es antidiurética y vasodilatadora con lo que mejora el riego sanguíneo.
- Prolactina. Estimula la producción de leche. También regula el metabolismo de las sales.

ADVERTENCIAS

Conviene seleccionar bien el tipo de ejercicios a realizar, a fin de evitar lesiones osteomusculares. El primer día no hay que excederse, pues los músculos quedarían agarrotados; en el gimnasio he visto novatos que no volvieron más.

Algunas advertencias a tener en cuenta

- **Fatiga mental.** El exceso de ejercicios produce fatiga mental. El agotamiento afecta la corteza prefrontal cerebral (encargada de las funciones cognitivas de la atención, concentración, memoria y aprendizaje) y produce impulsividad y dificultad para tomar decisiones, según un estudio publicado por *Current Biology*, en 2019.
- **Condromalacia.** En las personas con sobrepeso u obesidad, las carreras a campo traviesa pueden lesionar las rodillas. La condromalacia rotuliana es una degeneración de la rodilla que se manifiesta con dolor y, a la postre, con dificultad o incapacidad para el deporte y la marcha. Suele producirse en deportistas que fuerzan las rodillas. Si la persona con sobrepeso elige un gimnasio formal, le conviene seleccionar, con la ayuda del entrenador, la clase de ejercicios a realizar. Para cuidar las rodillas en el trabajo aeróbico, es mejor el aparato llamado elíptica que no produce golpeteo de los miembros inferiores. En cambio, trotar o correr en la caminadora puede afectar las rodillas.
- **Lumbalgia.** Los ejercicios de levantamiento de pesas empeoran la anatomía de la columna lumbar ya defectuosa. No son recomendables.

MITOS

Algunas personas tienen ideas incorrectas acerca del papel de los ejercicios físicos en un programa para bajar de peso y mantenerse delgado. He aquí algunos mitos detectados por el Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*).

- **“La actividad física solo cuenta si la realizas por largo rato”.** No es verdad. Se recomienda 150 minutos a la semana, al menos; por ejemplo, 30 minutos diarios por cinco días. También ayuda el subir escaleras en vez de usar el ascensor o bajarse del autobús un paradero antes y caminar.

- **“Levantar pesas aumenta el peso”**. No es exacto. Levantar peso disminuye el IMC y fortalece los músculos.
- **“Comer antes de ejercitarse”**. La mayoría de entrenadores recomiendan tomar un jugo de frutas o un plátano antes de ejercitarse. Pero hay cultores que se ejercitan en ayunas por años y no experimentan ninguna desventaja. De hecho, hay gente que sale a correr de madrugada, cuando no hay una pizca de hambre, y observan resultados positivos.
- **“Una faja de plástico baja la barriga”**. Lo único que puede lograr esta faja es hacer sudar más en esa zona, pero no disminuir la grasa abdominal. Los ejercicios aeróbicos disminuyen la grasa corporal de manera uniforme. Hoy, los médicos valoran en alto grado las dimensiones de la cintura abdominal en relación a la salud metabólica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saavedra C. Costo energético de la maratón: Utilización y origen de las fuentes de energía. [Internet]. Argentina. PortalFitness.com. 2017. [Consultado el 21.08.2017]. Disponible en: http://www.portalfitness.com/articulos/fisiologia/fisiogym/costo_energetico_maraton.htm#
2. OMS. Actividad física [Internet]. Ginebra. Temas de salud. 2020. [Consultado el 28.08.2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

*Señor, haz que mi medicina
no sea peor que la enfermedad*

Paracelso

Los fármacos para bajar de peso únicamente deben usarse al inicio del tratamiento, para dar el primer impulso motivador al paciente. Tan pronto como se pueda, se suspenderán. A continuación, se describen las sustancias aprobadas por la agencia estadounidense reguladora de medicamentos y alimentos (*Food and Drugs Administration, FDA*).¹⁻³

Se clasifican en las siguientes categorías:

- Anorexígenos (“quitan el apetito”)
- Antidiabéticos (“quemán azúcar”)
- Oxidativos (“quemán grasa”)
- Antilipasa (“chupan grasa”)³

ANOREXÍGENOS

Son estimulantes que suprimen el hambre.

- **Metilfenidato** (Ritalin®). Es un estimulante que da lucidez y quita el hambre. Derivado de la anfetamina, se administra en tabletas de 10 o 20 mg. Su efecto empieza a los 30 o 45 minutos de haberlas ingerido y dura unas cuatro horas. Se toma tres veces al día. La fórmula retardada (Aradix retard®) prolonga los efectos por 8 a 10 horas, una tableta podría ser suficiente para todo el día. No debe tomarse después de las 6 p. m., pues da insomnio. No produce dependencia farmacológica. Inicialmente, el medicamento fue aprobado para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños. Más adelante, se ha prescrito para narcolepsia, cansancio crónico y depresión (asociado a un antidepresivo). No tiene venta libre en las farmacias ni con receta médica ordinaria, pues se trata de un medicamento controlado. Se expende con receta especial, cuyos talones oficiales el médico solicita a la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (Digemid), del Ministerio de Salud.
- **Topiramato** (Topamax®). Aprobado para el tratamiento de la epilepsia, en la fase IV de la investigación (evaluación clínica postventa) se le encontró otras cualidades valiosas:

estabiliza el ánimo en el trastorno bipolar, suprime la migraña y regula la conducta de pacientes limítrofes. En los últimos años, también se halló que sirve contra el sobrepeso. Una dosis de 50 mg al día ayuda a perder medio kilogramo por semana, aproximadamente.

- **Fluoxetina** (Prozac®). Se trata del primer inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) descubierto por laboratorios Lilly para el tratamiento de la depresión. La tableta o cápsula es de 20 mg. Fue aprobado en 1986, y, en la fase de posventa, se halló que también servía contra el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y los trastornos de la alimentación como bulimia y anorexia nerviosa. En estos últimos casos, la dosis recomendada es de 60 a 80 mg al día, repartida en dos o tres tomas, con o sin alimentos.
- **Fentermina** (Adipex-P®). Tableta de 15 mg. Dosis máxima, 30 mg/d. Isómero de la metanfetamina, con efecto similar a noradrenalina, actúa en el hipotálamo. Se toma en las mañanas, no en la noche, pues causaría insomnio. Se indica solo por 12 semanas, debido a la pérdida del efecto anorexígeno y al riesgo de adicción. No obstante, las pruebas señalan que el efecto supresor del apetito puede prolongarse por 36 semanas. De hecho, la FDA aprobó el medicamento para tomarse a largo plazo; en este caso, conviene vigilar la presentación de síntomas precursores de adicción o euforia. No tomar con un IMAO, este habrá de suspenderse al menos 14 días antes. Puede afectar la libido y causar otros efectos secundarios. No se recomienda en trastornos psiquiátricos, hipertiroidismo e hipertensión arterial. Tampoco en enfermedad cardiovascular, glaucoma, estados agitados y consumo de alcohol o drogas. Debe informarse al médico si se padece de diabetes *mellitus* o colesterol alto. No va con el antidepresivo fluoxetina.

Fentermina se tolera bien. En todo caso, los efectos secundarios más frecuentes son taquicardia, aumento de la presión arterial, palpitaciones, nerviosismo, irritabilidad e insomnio. Menos comunes resultan la visión borrosa, torpeza, confusión, estreñimiento o diarrea, mareo, boca seca, dolor de cabeza, pulso irregular, náuseas y vómitos, psicosis, erupción en la piel o prurito, dolor de estómago, cansancio, libido baja y mal sabor en la boca. Fentermina combinada con topiramato (Istaril®) produce disminución del apetito y sensación de llenura después de tomar los alimentos.⁴

- **Lorcaserina** (Lorexan®). Fue aprobado en 2012, para el largo plazo, luego de 13 años de investigación del laboratorio Arena Pharmaceuticals. Se trata de un ISRS que actúa de manera más selectiva y potente que sus homólogos en la regulación del peso y su mantenimiento.

En la fase II del estudio, al cabo de 12 semanas, los pacientes que tomaron 10 mg de lorcaserina por día perdieron 4 libras; los que tomaron 15 mg, 5,7 libras; y los de 20 mg,

7,9 libras. En cambio, los pacientes que tomaron placebo (sustancia inerte que, sin embargo, puede ocasionar efectos clínicos por autosugestión), perdieron 0,7 libras. Suspendido el tratamiento, todos los grupos recuperaron el peso perdido, en menos de dos semanas.

El estudio en fase III (preventiva) fue doble ciego (paciente y evaluador no saben qué sustancia se administra) y comparativo con placebo, en 3 200 pacientes repartidos al azar. Tomado dos veces al día durante un año, al cabo de ese tiempo, los pacientes fueron sorteados: unos continuaron con el ISRS y otros pasaron al placebo, durante un segundo año. Todos recibieron consejería acerca de dieta y ejercicios físicos. Los que tomaron lorcaserina en el primer año bajaron 5 % de peso (promedio de 5,8 kilogramos) y se mantuvieron así en el segundo año; en cambio, quienes pasaron al placebo recobraron el peso perdido. Los efectos secundarios son menores que con los otros ISRS.

Modo de acción. Actúa en el centro cerebral de la saciedad, uno de los núcleos ventromediales del hipotálamo. Aunque la serotonina se distribuye en todo el organismo, sus receptores de tipo 2C se encuentran casi exclusivamente en el cerebro (plexo coroideo, corteza, hipocampo, cerebelo, amígdala, tálamo e hipotálamo). La lorcaserina inhibe selectivamente los receptores 2C de la serotonina. Actúa sobre el neurotransmisor proopiomelanocortina (POMC) para disminuir la ansiedad por comer. La POMC es un polipéptido precursor de otras proteínas, particularmente hormonas.

- **Naltrexona más bupropión** 8/90 mg (Naltreva®). Es la asociación de un medicamento antiatojos con un antidepresivo. La naltrexona actúa en el sistema mesolímbico; el bupropión, en el sistema noradrenérgico y dopaminérgico. Se toma por vía oral. Se empieza con una tableta por semana hasta llegar a dos por la mañana y dos por la tarde, horas antes de tomar alimentos.
- **Nuez de la India** (Magicnuez®). Las semillas de *Aleurites moluccana* (nuez de la India) fue aprobada por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).

Para los primeros ocho días, se hierva un octavo de la semilla en 200 mL de agua, por cuatro minutos, y se bebe de noche. Al cabo, se ingiere un fragmento de la semilla, nunca más de un cuarto. Reduce el colesterol, triglicéridos y la ansiedad de comer.

Efectos secundarios. En la primera semana, flatulencia; dolores de espalda, brazos y busto; cefalea (por el aumento de cuerpos cetónicos, producto de lipólisis; es recomendable compensar comiendo nueces, soya y pescado, que son ricos en omega 3 y 6); cansancio (por la pérdida de potasio, es recomendable comer plátano); irritación intestinal.

Contraindicaciones. Úlcera péptica gástrica o duodenal, gestación, lactancia, alergias, convalecencia de enfermedad o cirugía; menores de 15 y mayores de 65 años.

Precauciones. No combinar con medicamentos; suspender si se presenta intolerancia. Conservación de las semillas: en lugar fresco y seco. Se vende por internet. Debido a sus numerosos efectos secundarios, la Agencia de Medicamentos del Departamento de Sanidad de España lo ha prohibido; es criticado por especialistas en Chile y Perú por su efecto laxante.

ANTIDIABÉTICOS

Son reductores de la glucosa

- **Metformina** (Glucophage®). Antihiper glucemiante indicado en diabetes *mellitus* tipo 2. Reduce el colesterol malo (LDL) y los triglicéridos. Eventualmente, aumenta el colesterol bueno (HDL). Reduce el metabolismo de la glucosa en el hígado y la absorción de azúcar en el intestino. Mejora la sensibilidad de la insulina cuando hay ovario poliquístico, esteatohepatitis no alcohólica y pubertad precoz, y en enfermedades resistentes a la insulina. También se indica en pacientes que toman neurolépticos atípicos, a fin de evitar el aumento del peso.

Finalmente, está indicado en personas con sobrepeso por apetito anormal: deseo de comer sin hambre. Se vende en tabletas de 500, 850 y 1000 mg. Conviene empezar con dosis de 425 mg en el almuerzo, antes de pasar a tomar esa misma dosis en el desayuno y la cena. Se toma después de cada alimento.

- **Liraglutida** 6 mg/mL (Victoza®). Lapicero cargado de solución para inyección subcutánea exclusiva (5 x 3 mL lapicero prellenado) en muslo, antebrazo o abdomen. Estimula la secreción de la insulina e inhibe la acción del glucagón. Además, retrasa el vaciamiento gástrico. Usarse en un plazo corto de semanas. Su indicación principal es diabetes *mellitus* tipo 2.

OXIDATIVOS

Son los llamados “quema grasa”.

- **L-carnitina** (Neuroactil®). La vitamina B11 es un acelerador de la oxidación de los ácidos grasos, un “quema grasa”. Reduce colesterol y triglicéridos en sangre e hígado. Actúa transportando los ácidos grasos al interior de la mitocondria y los oxida, lo cual da energía. Su déficit en el organismo produce acumulación de ácidos grasos y falta de energía. Las carnes rojas son la fuente de sus precursores, los aminoácidos esenciales lisina y metionina; sus cofactores, el hierro y las vitaminas B3, B6 y C.

Indicada en sobrepeso y cansancio crónico; también en cardiopatía, porque favorece la contracción del corazón. Dosis de 1 500 a 4 000 por día, divididos en tres tomas, con los alimentos.

ANTILIPASAS

Son los llamados “chupa grasa”. Impiden la absorción de las grasas de los alimentos, en el tubo digestivo, por inhibición de las lipasas.

- **Orlistat** (Xenical[®], Verte[®]). Evita la absorción del 30 % de las grasas provenientes del régimen de alimentos. Ayuda a bajar unos tres kilogramos. Está aprobado para su uso por dos años. Se trata de la tetrahidrolipstatina que inhibe la acción de las lipasas (enzimas de las grasas) pancreáticas. De esa manera, las grasas sin digerir no se absorben en el intestino y se excretan. Un eventual efecto secundario es la diarrea aceitosa, se suprime disminuyendo la ingesta de grasas. Se recomienda 120 mg después del desayuno, almuerzo y comida; además, suplementos multivitamínicos debido a la no absorción de diferentes nutrientes.

PROSCRITOS

Los medicamentos desterrados para bajar de peso son los siguientes:

- **Sibutramina** (Adisar[®]). Inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina en el cerebro. Está proscrito en Estados Unidos, Europa y en varios países de América Latina, debido a sus eventuales efectos cardiovasculares muy perniciosos. En el Perú se vende el producto comercial. Lo que he observado es que a algunos los hace bajar de peso sin problema; a otros, ni un kilo; a terceros, les afecta el ánimo.

Una adolescente de 18 años que acudió a mi consultorio había tomado sibutramina y logró bajar 18 kilogramos de peso. Pero “esa medicina le ha destrozado los nervios”, acotó el padre muy preocupado. En efecto, la paciente tenía depresión grave y ansiedad intensa,

- **Anfetamina**. Reduce el apetito, pero produce adicción; y en los niños, enanismo. Además, puede inducir psicosis.
- **Diuréticos**. Eliminan líquidos y eso explica la pérdida de peso. Pero la grasa corporal queda intacta. No sirven. Además, su uso es de riesgo por la pérdida de electrolitos.
- **Laxantes**. Provocan diarrea y entonces descenso ponderal. Pero la grasa corporal sigue intacta. Tampoco sirven. Su utilización es riesgosa por la pérdida de electrolitos y daños a la mucosa del colon.
- **Levotiroxina**. Acelera el metabolismo y así se baja algunos kilogramos. Pero induce un hipotiroidismo.

Advertencia. Gestantes y madres que dan de lactar no deben tomar medicinas para bajar de peso. La prohibición incluye hierbas y remedios de venta libre. Así lo indica la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PLM Perú. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 26.ª edición. Finishing S. A. C, 2014.
2. PLM Perú. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 16.ª edición. Editorial PLM (Perú) S. A. 2004.
3. Taylor D, Paton C, Kapur S. Eating disorders. Wiley Blackwell. Prescribing Guidelines in Psychiatry. The Maudsley. 12.ª edición. Great Britain. 2015. 607-610 pp.
4. Medline Plus. [Internet]. Fentermina y topiramato. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. [Internet] 2017. [Consultado el 04.01.2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a612037-es.html>

TERCERA PARTE

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Se propone la terapia cognitivo-conductual (TCC) como el mejor enfoque psicológico para tratar el sobrepeso u obesidad. En cuanto al tratamiento del trastorno de atracones, resulta más auspiciosa la aplicación de la terapia dialéctico conductual. La terapia de grupo es la que logra los mejores resultados, en cuanto a volumen de pérdida de peso y mantenimiento en el largo plazo de la delgadez lograda. Un complemento valioso de las sesiones psicológicas, son los *emails* de animación que el terapeuta envía a su paciente. Cabe señalar que algunos pacientes se benefician más de tratamientos distintos a la TCC, como el psicoanálisis y la terapia interpersonal. Disciplinas vecinas a las psicoterapias -budismo zen, yoga, acupuntura, meditación trascendental- calzan mejor con personas inclinadas a las técnicas orientales. Por último, aunque la propuesta de esta obra es bajar de peso lentamente, existen excepciones que aquí se explican.

*Una gran voluntad no tiene
que ver con conseguir cosas,
sino con renunciar a ellas*

Antón Makarenko

No se trata de poner voluntad para luchar contra la comida, sino de huir de las tentaciones. Este capítulo es central. El mejor enfoque para bajar de peso y mantenerse delgado es la terapia cognitivo-conductual. El psicoterapeuta actúa como un profesor, enseña al paciente todo lo que debe hacer para cambiar sus conductas alimentarias perniciosas y sus pensamientos perjudiciales.

La mayoría de casos de sobrepeso no están asociados a trastornos psiquiátricos. De manera que el trabajo psicológico atiende el comportamiento alimentario mismo y los pensamientos generadores de sobrepeso/obesidad.

La psicoterapia busca el cambio de la conducta alimentaria. No se concentra en la dieta. Si la persona adopta nuevas conductas relacionadas con una buena manera de alimentarse, las bajadas de peso vendrán por añadidura. Al psicoterapeuta le interesa si su cliente ha cambiado de actitud respecto a la comida, si ha tomado la decisión de comer de modo saludable para siempre y si se mantiene comprometido consigo mismo a lo largo del tiempo. Si el terapeuta muestra interés en lo que mide la balanza cada semana, es solo porque la curva del peso refleja de manera objetiva los cambios psicológicos.¹

El enfoque psicológico es activo, a diferencia de los tratamientos médicos que son pasivos, donde, por ejemplo, la pastilla quita-apetito trabaja por uno. En cambio, en la psicoterapia se anima al paciente a tomar el control de su propia forma de comer. En este sentido, la participación de la familia es importante en ayudar al paciente a cambiar sus conductas alimentarias.

No obstante, cabe reconocer que algunas personas evolucionan mejor con las psicoterapias de corte interpersonal, es decir, con técnicas que ayudan a la resolución de conflictos en su entorno familiar y social. En ese sentido, conviene que el psicoterapeuta sea flexible: que atienda las ideas y conductas alimentarias nocivas del paciente y también los conflictos de su paciente.

LA DEMANDA

Primero se escucha al paciente y familia. La investigación revela que la inmensa mayoría de personas quieren bajar de peso por estética, más que por salud. En efecto, en el centro Slim Center, los pacientes querían verse bien ante los demás; algunas mujeres querían estar lindas para su boda, encontrar un amor o lucir bien en las fotos de su graduación. De todas maneras, no hay que iniciar ninguna terapia sin antes haber discutido la demanda, porque “de todo hay en la viña del Señor”.

Una señorita (28 años) con sobrepeso se matriculó en un gimnasio y se inscribió en el programa de Slim Center, para adelgazar urgente. Se iba a casar en siete semanas. No quería cambiar su estilo de vida, sino únicamente que le entrara el vestido de novia que iba a lucir en el altar.

Una quinceañera –bastante flaca– quería adelgazar aún más. La exploración reveló que padecía de anorexia nerviosa. Hubo de llamarse a sus padres.

Un joven (24 años) con obesidad leve creía que los medicamentos a recetarse iban a hacer el trabajo de bajarle de peso sin que él suprimiera sus comilonas.

Una adolescente (18 años), candidata a Miss Playa, aseguraba comer poco y, sin embargo, padecer de sobrepeso: “Todo lo asimilo”, explicaba. Mi tarea consistió en averiguar si la potencial cliente sufría de algún trastorno de la alimentación como bulimia, atracones o sobreingesta. Ocurría que los padres eran quienes la estaban obligando a realizar el tratamiento para bajar de peso.

Una señora (30 años) de peso normal quería bajar de peso para disminuir una celulitis en los muslos. Se le aconsejó lo adecuado: consultar a un cirujano plástico sobre liposucción.

Una señorita (30 años) bajó de peso solo para irse de vacaciones al extranjero y lucir flaca en la playa. A su vuelta recuperó todo su peso: No le interesaba permanecer delgada.

HISTORIA CLÍNICA

La elaboración de la historia clínica es muy importante, para documentar todos los datos clínicos, con fines de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

- Filiación.
- Historia del peso. Tratamientos ensayados.
- Antecedentes: personales y familiares. Medicamentos que toma.
- Examen mental.

- Índice de masa corporal.
- Diagnósticos.
- Pronóstico.
- Tratamiento: peso ideal e interconsultas
- Plan de trabajo.

Filiación

Los jóvenes bajan de peso más fácilmente que los adultos; las mujeres tienen más tejido adiposo que los varones y les resulta más difícil el descenso ponderal; la persona casada tiende a una vida más sedentaria que la soltera y a aumentar de peso; el gasto calórico no es el mismo en un oficinista que en un estibador; etcétera.

Historia del peso

Permite establecer la meta ponderal. Si la persona nació con peso alto y toda la vida fue gordita, no podrá proponerse como meta un peso bajo. Posiblemente, no alcanzará un peso menor al que tuvo entre los 18 y 21 años de edad, periodo en el cual se frena el crecimiento corporal.

Por otra parte, es importante conocer los ensayos que hizo el paciente en el pasado para perder peso: ¿dietas heroicas?, ¿tomó medicamentos quita-apetito?, ¿realizó ejercicios físicos? Un par de principios rigen toda psicoterapia: “copiar lo bueno” y “no más de lo que no dio resultado”.

Antecedentes

Los antecedentes de obesidad en padres y familiares sugieren un pronóstico conservador. Igualmente, si el paciente padece de alguna enfermedad crónica como asma bronquial y toma corticoides que suben el peso. Los problemas musculoesqueléticos se tendrán en cuenta a la hora de recomendar ejercicios físicos.

Examen mental

Apunta a conocer si hay algún trastorno depresivo mayor o consumo de medicamentos que incrementan el apetito y el peso. Conviene discriminar la obesidad por adicción a los alimentos de la llamada “obesidad psicógena” que constituye una reacción al estrés. Por ejemplo, algunas personas después de una crisis matrimonial se deprimen y engordan. En estos casos, hay que remitir al paciente al psiquiatra. El psicoterapeuta decide si inicia el tratamiento psicológico en paralelo o después que el paciente haya superado la perturbación. La depresión misma no ayuda a bajar de peso; aunque en algunos casos el bajar de peso ayuda a remontar la depresión.

Índice de masa corporal

Conocer el índice de masa corporal ayuda a establecer la indicación terapéutica. Una persona con obesidad mórbida debería considerar una cirugía bariátrica para bajar de peso, no así una con sobrepeso.

Diagnósticos

Deben incluirse todas las entidades nosológicas adicionales, como diabetes *mellitus* tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, trastornos músculo-esqueléticos, etcétera, para la interconsulta respectiva. Asimismo, el consumo de alcohol y tabaco.

Pronóstico

La psicoterapia no es muy efectiva en casos de obesidad mórbida. En estos casos, hay que ser honesto con el paciente y recomendarle cirugía bariátrica. De todos modos, conviene ayudar al paciente a perder peso antes de la intervención quirúrgica, para un mejor pronóstico.

Tratamiento

- **Peso ideal.** Acordado el objetivo principal (cambiar la conducta alimentaria) se establece la meta, es decir, el peso saludable y en cuánto tiempo se logrará. También, se determinan los objetivos secundarios pertinentes: si el paciente está ansioso, se programan ejercicios de relajación; si es depresivo, el tratamiento correspondiente. El peso ideal es el resultado del análisis de la herencia, constitución, sexo, edad, historia del peso y embarazos.
- **Interconsultas.** Si el paciente tiene depresión, el psiquiatra podrá indicar un antidepresivo como fluoxetina que, además, ayuda a morigerar el apetito y bajar de peso. Si tiene signos y síntomas de hipotiroidismo, se realizará una interconsulta al endocrinólogo. Si el paciente sufre de pirosis, habrá que enviarlo a Gastroenterología. En general, hay que valerse de otros especialistas para la mejor marcha del tratamiento.

Plan de trabajo

Terapeuta y paciente deciden la metodología.

- Cambios en la conducta.
- Dieta y ejercicios físicos.
- Medicamentos
- Interconsultas al internista, endocrinólogo o psiquiatra.
- Apoyo de la pareja y/o familia.

ACUERDOS TERAPÉUTICOS

Finalmente, terapeuta y paciente se comprometen a cumplir con lo siguiente:

- Asistencia semanal a la consulta.
- Tareas psicológicas para la casa.
- Seguimiento quincenal; luego, mensual en el largo plazo.
- Honorarios profesionales.

Toda la primera etapa de realizar la historia clínica y establecer los acuerdos terapéuticos puede llevar más de una sesión de 55 minutos cada una. Pero es importante completarla, porque “lo que mal empieza, mal acaba”. Un riesgo es que el paciente se aburra dando datos, exclusivamente. Por esto, puede prescribirse ya una medida terapéutica. Por ejemplo, que coma más lento, luego de haberse identificado una conducta voraz.

LÍNEA BASE

La psicoterapia empieza con conocer la conducta alimentaria. Se trata de conocer al detalle sus características y los pensamientos asociados. El terapeuta indica al paciente que confeccione, durante una o dos semanas, un diario de alimentos. Se le entrega hojas modelo, para que llene hora, alimento, cantidad y motivo de haber comido. Ver el ejemplo de la Tabla 4.

| Hora | Qué comí y cuánto | Cómo comí | Por qué comí | En qué circunstancia | Observaciones |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 a. m. | Leche: 1 taza. Pan: 3. Huevo frito: 1. Jugo de frutas: 1 vaso. | Rápido: 5 minutos | Desayuno | Estaba apurado | Sin hambre |
| 10 a.m. | Café: 1 taza con edulcorante. Galletas dulces: paquete de 8. | Trabajando en la PC | Entremés | Costumbre | Caminando en la oficina |
| 1 p. m. | Sopa: 1 plato. Seco con frejoles: 2 platos. Torta: 1 trozo. | Viendo TV | Almuerzo | Costumbre | Repetí el seco y la torta, pues estaban ricos. Dejé casi toda la ensalada: no me gustan las verduras. |
| 5 p. m. | Café: 1 taza. Emparedado mixto: 2 | Más lento que de costumbre | Como premio al salir del trabajo | Me encontré con un amigo | Repetí todo, para alargar la conversación |
| 8 p. m. | Pizza chica: ½ Bebida gaseosa: 2 vasos | Rápido: 5 minutos | Cena | Con mi esposa no quisimos cocinar | Viendo un film |
| 11 p. m. | Pizza: ¼. Bebida gaseosa: 1 vaso. | Rápido | Me provocó sin hambre, pensando en comer. | Viendo TV, no tenía sueño | Las tomé frías de la refrigeradora. |

SUGERENCIAS

- Redactar el diario de alimentos en horas de la noche, antes de ir a dormir.
- Llenarlo durante una o dos semanas, todos los días sin falta.
- No hacer dieta, comer como siempre, para analizar el modo espontáneo de hacerlo; luego, se establecerán estrategias de autocontrol.
- Identificar las emociones asociadas al comer.

Análisis de la conducta

En la siguiente sesión, terapeuta y paciente analizan las características de la manera de tomar los alimentos cada día. Descubrirán, por ejemplo, que el paciente come rápido y no menos de cuatro panes en el desayuno; vuelve a desayunar en la oficina y su entremés matinal consistente en dos o tres barras de chocolate; en el almuerzo repite los platos sabrosos, no come ensaladas y el café final se acompaña de dos paquetes de galletas; regreso a casa compra panes y queques, dizque para los niños, pero en la noche se los come él; cena viendo televisión; etcétera.

También se examinan los motivos, pensamientos y sentimientos asociados a cada ingesta. Comió porque era hora de comer; repitió el asado de carne porque estaba rico; compró queques para los niños y luego le provocaron a él; se comió el cuarto de pastel, mientras pensaba “el lunes empiezo mi dieta”, etcétera.

Un aspecto importante a detectar es si el comer se encuentra asociado a algún tipo de emoción:

- Tristeza o depresión
- Miedo o ansiedad
- Aburrimiento o soledad
- Cólera

Todas estas conductas y pensamientos disfuncionales, aclarados en la línea base, son las que deberán cambiarse. En cambio, las conductas y pensamientos funcionales serán reforzados.

El Día D

Es importante que el paciente señale la fecha que empezará su tratamiento. Si la pareja es quien desea que baje de peso, no está listo. El deseo y la responsabilidad son del paciente. Y es mejor que el día anterior no se despida con una comilona.

TÉCNICAS CONDUCTUALES

Son acciones que se aplican de acuerdo a las características de cada paciente:

- Reaprender a comer
- Control de contingencias
- Actividades sustitutorias ante los antojos
- Premios y castigos
- La ropa de cuando estaré delgado

- Carteles de animación
- Carteles de prohibición
- Las fotografías de cuando fui delgado
- Comprometerse ante los demás

Reaprender a comer

- **LENTO**

La persona con obesidad come rápido, casi no mastica y no hace pausas. Así, un almuerzo puede quedar terminado en pocos minutos, cuando lo sano es hacerlo en no menos de 25. Para el aprendizaje, ha de llevarse a la boca pequeñas porciones de comida y masticar bien. Masticar bien significa que las verduras necesitan unas 30 mordidas y la carne de res unas 50. Puede parecer ridículo este conteo, pero es necesario para reeducarse. Cada paciente debe usar su creatividad.

Un familiar mío (45 años) diestro para aprender a comer lento decidió hacerlo con la mano izquierda; además, a tomar la sopa y el segundo con cucharita. Adelgazó para siempre.

Antes de empezar a comer se mira el plato servido, se aprecia con la mirada y sin tomar los cubiertos aún (parecido a como hacen los catadores de vino que miran, huelen y giran la copa antes de probar). Luego, comienza la comida y cada cinco minutos se realiza una pausa y se sueltan los cubiertos. Se puede tomar un poquito de agua en tanto. Todo con elegancia. Al inicio, la pausa puede ser de un minuto y conforme transcurre la terapia debe aumentarse hasta llegar a los cinco minutos.

- **SENTADO A LA MESA**

Comer sentado a la mesa es otra conducta a respetar. Personas apuradas lo hacen caminando, contestando el celular o trabajando. Otras lo hacen en la cama. Los psicólogos proponen que el acto de comer debe ser puro: sin lecturas, televisión, computadora, etcétera.

- **PONER TODOS LOS PLATOS A LA VISTA**

La presencia de todos los platos a la vista permiten percibir la cantidad de alimentos y calorías que se van a tomar. Aunque esto no siempre es posible en familias acostumbradas a tomar primero la sopa caliente y al final el postre helado, puede lograrse la variante de poner las ensaladas de verdura y frutas a la vista.

- **NO PICOTEAR EN LA SOBREMESA**

Para disfrutar de la conversación posterior al desayuno, almuerzo o comida, sin verse tentado

a picotear las sobras, conviene realizar la sobremesa del té o café en la sala.

- **NO COMER DEL ENVASE**

Si se come del envase, se comerá todo. Hay que servir en un plato la porción que se quiere comer, sean galletas o helado.

- **COMER EN PLATO PEQUEÑO Y FLOREADO**

Servirse en platos pequeños y coloridos llena la vista y provoca ingerir menos.

- **ACOMPAÑARSE DE FLACOS Y CONVERSADORES**

La compañía de flacos y conversadores hace que la comida sea más lenta y menos copiosa.

Control de contingencias

No se trata de una lucha de la voluntad contra los alimentos, sino de ponerse obstáculos para evitar la tentación de comer en exceso. Lo principal es no disponer de alimentos al alcance de la mano:

- No pedir comida con entrega a domicilio. Si realmente se la quiere, salir a comprarla.
- Comprar el número de panes exacto para todos en casa, que no sobren.
- Si se quiere comer un pan más, salir a comprarlo.
- No pasar por esa calle donde el aroma de la panadería te invita a comprar.
- Refrigeradora pobre en alimentos calóricos.
- Candado en la refrigeradora.
- Salir a la calle casi sin dinero, para evitar comer antojos.
- Juntarse con delgados, ellos solamente comen cuando tienen hambre.
- Comprar alimentos con el estómago lleno hace que se compre menos.
- Lavarse los dientes después de comer desalienta seguir comiendo.

Actividades sustitutorias ante los antojos

Se ha propuesto que, si la comida constituye un fuerte medio de gratificación ante los problemas psicológicos, la persona debe buscar maneras distintas de compensarse: encontrar la vocación de su vida, un mejor trabajo, un nuevo amor, etcétera. Pero estos cambios son demasiado grandes para la inmensa mayoría. Más bien, se trata de que el paciente dé un pequeño paso. Resulta más realista entregarse a una actividad sencilla que distraiga o relaje, tal como un hobby, en vez de comer por capricho. Actividades de sustitución pueden ser:

- Ejercicios físicos.
- Un paseo.
- Meditación.
- Darse un baño.
- Pintar o escuchar música.
- Tocar un instrumento musical.
- Escribir un diario.
- Enviar correos.
- Leer algo interesante.
- Llamar por teléfono a una persona querida.

Premios y castigos

Se trata de premiar los logros y castigar los estancamientos o retrocesos. Pueden ser administrados por terceros como por el mismo paciente. Los premios deben ser objetos o sucesos fuertemente atractivos; y los castigos, fuertemente aversivos. Pueden darse cada semana y, al final, uno grande. Los premios pueden ser ropa, perfumes, joyas, libros, etcétera; y el premio final, un viaje al extranjero. Los castigos son más bien supresiones: no fiestas, no salidas, no sexo.

Una paciente (40 años) se encontraba estancada en su descenso ponderal debido a sucumbir ante los dulces. Acordamos que, de no bajar de peso, regalaría un fino perfume a su antipática cuñada dándole un beso en la mejilla. La escena imaginada era tan aversiva que pudo dejar de comer ese exceso y continuar perdiendo peso.

Comprar ropa para cuando esté delgado obliga a persistir en la baja de peso

Un paciente (30 años) se compró un terno de medida menor a la que tenía, para ponérselo cuando alcanzara el peso deseado. Su anhelo de alcanzar ese premio fue un acicate importante para disminuir de peso de manera sostenida.

Carteles de animación

Son avisos con frases que animan al paciente a continuar bajando de peso cada día. Se colocan en un lugar de la casa visible para él. El dormitorio es un buen sitio para leerlos al despertar y al regresar del trabajo. Las frases pueden ser elaboradas por el paciente, tomadas del refranero popular o de la Biblia. El mensaje también puede ser gráfico: un buen dibujo reemplaza a las

palabras. Lo importante es que texto o ilustración tengan sentido para la persona. También se puede poner un letrero en la oficina de manera críptica, por discreción. Una variante son las etiquetas en la cartera o billetera. Se leen en los momentos peligrosos de comer a deshora. El mismo principio vale para su uso en el celular.

Carteles de prohibición

Se pueden poner mensajes en la refrigeradora y la alacena para resistirse a asaltar la comida.

Fotografías de cuando era delgado

Muchas personas con sobrepeso fueron delgadas en la adolescencia y su primera juventud. Luego, durante el matrimonio, aumentaron de peso. Puede colocarse a la vista una fotografía de cuando se fue delgado, para animarse a perder peso. Esa fotografía puede estar colocada en el velador, cocina y/o comedor de la casa; también en la billetera y/o en el celular. El tamaño será a gusto de la persona. Parece que cuanto más grande, mejor. Un paciente se mandó hacer una gigantografía y le fue muy bien.

Comprometerse ante los demás

Decir a todos que se va a bajar de peso es un compromiso que ayuda a persistir cada día en el régimen de alimentos propuesto. El orgullo personal está en juego. Se puede prometer hacer regalos a los demás, si no se logra el objetivo.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Propuestas generales son las siguientes:

- Consciencia plena.
- Cambio de las ideas negativas.
- Imaginarse delgado.
- Apreciar la comida en su justa medida.
- Educación nutricional.

Consciencia plena

Muchas personas con obesidad o sobrepeso comen sin darse cuenta de lo que ingieren. Esto ocurre porque ven televisión, computadora portátil o leen mientras están comiendo. Así, la cantidad de alimentos que ingieren sobrepasa en calorías su real requerimiento. Es por esta razón, que en el proceso diagnóstico se indica a la persona que observe y tome consciencia de su manera de comer, mediante la línea base. Cuando tenga un antojo alimentario, ha de preguntarse

“¿tengo hambre o es apetencia?”, que descubra si hay un patrón de circunstancias que lo hacen sucumbir ante los alimentos. Por ejemplo, en los fines de semana o los compromisos sociales, decirse a sí mismo: “no comeré este pedacito, pues encenderá mi incapacidad de parar de comer”. Reconocer los reflejos condicionados, “cuando voy al cine, como palomitas de maíz”.

Cambio de las ideas negativas

Hay ideas o creencias que afectan negativamente la conducta de las personas. El proceso de bajar de peso y mantenerse no está libre de esas. Los psicólogos les llaman pensamientos distorsionados. Ejemplos:

- Todo o nada. “Comí una galleta. Malogró mi dieta. Sigo comiendo”.
- Generalización. “Fracasé en mi dieta de Navidad y Año Nuevo: Siempre voy a fracasar”.
- Filtro. “No bajé de peso los 2000 gramos programados, tan solo 1900. Me acuso: ¿Cómo no pude suprimir esos 100 gramos?”.
- Minimizar lo positivo. “Bajé dos kilos en dos meses: Cualquiera lo hubiera logrado”.
- Conclusión sin fundamento. “Nadie me quiere, por ser gorda”.
- Exageración. “Recuperé un kilo: es horrible”.
- Razonamiento emocional. “Mi esposo es cruel: trae golosinas a la casa, para que yo las coma”.
- Debería. “Yo debería ser una Barbie”.
- Etiquetar. “Soy una cerda”.
- Culpar. “No he bajado de peso, por culpa de mi marido”.

Nuevos pensamientos. En contraposición a las ideas negativas, he aquí ideas más reales:

- “Comí una galleta. No tengo que malograr más mi dieta”.
- “Fracasé en Navidad y Año Nuevo. Retomo mi régimen”.
- “Me faltó bajar 100 gramos, pero no debo obsesionarme con eso”.
- “Bajé dos kilos: ¡Qué bien!”.
- “Soy gordita y varias personas me quieren”.
- “Recuperé un kilo: No haré un drama. Retomo mi dieta”.
- “Mi esposo trae golosinas para los niños, pero yo me las como. Le diré que no las traiga”.
- “No tengo por qué ser una Barbie, sino alguien de peso normal”.

- “Tengo obesidad y soy débil ante los alimentos. Mas no tengo por qué insultarme ni creer que no tengo voluntad”.
- “No es culpa de mi esposo que yo no baje de peso. Es mi responsabilidad. No es mi enemigo. Más bien, le pediré ayuda”.

Hay creencias que también deben ser dejadas de lado, por ejemplo: “tengo hipotiroidismo, por eso soy gordo”. Ya estudiamos que este cuadro clínico solo afecta a un pequeño porcentaje de pacientes endocrinos. Además, con la prescripción de compuestos tiroideos el problema de un menor metabolismo basal se supera. Otra idea traidora es comer en exceso porque se han realizado o se van a realizar ejercicios físicos.

Imaginarse delgado

La imaginación cumple un poderoso rol motivador. Imaginarse delgado, atractivo, con ropa de estreno, saludable, ágil, etcétera, ayuda a persistir en el programa de bajar de peso. También la imaginación aversiva puede ser efectiva.

A una joven (27 años) que no podía resistirse ante el arroz con leche, se le instruyó a imaginarse que, mientras lo comía, los granos eran gusanos. La paciente llegó a experimentar repugnancia y abandonó ese dulce.

Apreciar la comida en su justa medida

Dejar un poquito en el plato al terminar de comer otorga la sensación de autocontrol y poder. Conviene desterrar la idea de que “no se debe despreciar la comida de Dios” o “en los países pobres los niños no tienen comida y yo la estoy botando”. Muchas de estas ideas se nos inculcaron en la infancia.

Educación nutricional

Aunque los pacientes suelen tener conocimientos sobre nutrición, conviene debatir con ellos aspectos clave, a fin de evitar yerros.

Un paciente (30 años) obeso estaba convencido de que el ayuno prolongado era un buen método para su meta de bajar de peso y mantenerse delgado. Había consultado en internet páginas no acreditadas.

ROL DE LA FAMILIA

La ayuda del cónyuge y la familia es muy importante en un programa para bajar de peso y mantenerse delgado. ¿Cómo ayudan? De varias maneras. En el proceso diagnóstico, han de precisar las conductas que el mismo paciente no se da cuenta o no revela.

Una esposa (23 años) aclaró lo que su cónyuge (30 años) obeso no había mencionado en las primeras entrevistas: comía rápido, mientras caminaba, y salpicaba la comida. A este paciente se le tuvo que instruir a que comiera sentado a la mesa siempre, lento y con elegancia.

En el desarrollo del tratamiento, la familia apoya en la elección, compra y preparación de los alimentos, para una alimentación saludable de todos.

Una paciente (40 años) pidió que se citara a su esposo, quien solía regresar del trabajo trayendo panes y dulces: una gran tentación para ella. El esposo explicó que esos panes y dulces eran para los niños; subrayó “un bizcocho no le va a hacer daño”. Después de explicarle que su esposa era adicta a los alimentos, el hombre entendió y cesó tal conducta. Entonces, la paciente pudo seguir su tratamiento con mayor tranquilidad.

Otra forma en que la familia ayuda es participando en el juego de premios y castigos. Los premios pueden ser dinero, ropa, viajes. Además, si el cónyuge también tiene sobrepeso –lo que suele ocurrir en los matrimonios–, bien podría unirse al programa de alimentos.

Lo que la familia no debe hacer

- Hablar de bajar de peso a la hora de desayunar, almorzar y cenar.
- Criticar al paciente en el momento que sucumbe a la tentación de comer a deshora. La crítica únicamente irrita y encoleriza. Al igual que a un alcohólico no se le dice nada mientras está ebrio, al paciente adicto a los alimentos no se le dice nada en pleno atracón. La conversación se hace después, en el momento oportuno.
- Tentar al paciente con bocadillos. Más bien, debe tener en cuenta que “una chispa puede encender la pradera” (dicho chino).

LAS RECAÍDAS

Como en toda psicoterapia sobre adicciones, las recaídas en el tratamiento del sobrepeso u obesidad son normales. El éxito consiste en que estas sean cada vez menos frecuentes e intensas hasta llegar a cero. Cuando hay una recaída, el paciente puede experimentar vivencias negativas, pesimistas y denigratorias; entonces, el riesgo es el abandono de la terapia.

Se explica al paciente que un traspie lo tiene cualquiera, estamos en un proceso y el evento negativo es una oportunidad de analizar para mejorar. Se evalúa si la comilona pudo ser peor. Si acaso hubo un poquito de autocontrol, se felicita al paciente por ese detalle. El terapeuta debe ser siempre alentador, ha de rescatar lo bueno por pequeño que sea. Se examinan las circunstancias que llevaron al paciente a excederse y, sobre todo, a cómo logró cierto control.

Entonces, se proponen las medidas correspondientes, para el mejor manejo de las contingencias y el fortalecimiento creciente del autocontrol.²

Un paciente (30 años) con trastorno de atracones solía recaer en comilonas que duraban cuatro días. Durante el tratamiento, pudo reducirlas a dos días. El análisis se centró en lo positivo, en cómo había logrado controlarse esos dos días. Este enfoque animó al paciente a reducir los atracones a un solo día hasta llegar a cero.

Por otra parte, debe evitarse la exigencia de una dieta perfecta, porque –además de resultar poco humana– puede llevar, en especial a las personas con rasgos obsesivos, al desaliento o la depresión.

Una señora (45 años) estaba muy desalentada porque cometía “infracciones” en su dieta. Se trataba de una persona con fuertes rasgos perfeccionistas. Entonces, se le prescribió que cometiera “infracciones” una vez por semana. Con esta medida paradójica, se tranquilizó y pudo continuar su descenso ponderal.

Un señor (50 años) encontró un modo personal de mantener estable su peso ideal logrado: hacía dieta de lunes a viernes, y permitirse pequeños excesos los fines de semana.

Resistir a las invitaciones

A veces, los demás no nos ayudan a bajar de peso. Nos incitan con cariño a romper nuestro programa: “Come un poquito, no te va a hacer daño”. No saben que un adicto a los alimentos una vez que prueba un poquito se le enciende la incapacidad de detenerse.

No hacer caso a los comentarios negativos

Otras veces, nuestros seres queridos nos invitan a malograr nuestro mantenimiento: “Estás demasiado flaca, no te queda”. Se trata de que han estado acostumbrados a vernos gordos. En estos casos, hay que ignorarlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stuart R. Control conductual del comer en exceso. Estudios contemporáneos en psicología. McGuigan F, Woods P. México D.F.: Editorial Trillas; 1974. p. 274-285.
2. Villaseñor S, Ontiveros C, Cárdenas C. Salud mental y obesidad. Investigación en salud. [Internet]. 2006. [Consultado el 29.08.2022]. Vol.8(2), 86-90 pp. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oe?id=14280205>

Este cuadro es muy frecuente entre quienes buscan tratamiento para bajar de peso (30 %) y aún más en los obesos (50 %). Es importante abordar técnicas específicas para el paciente y su familia. Útil es la terapia interpersonal, para superar conflictos familiares y sociales. Sin embargo, la mejor es la terapia dialéctico-conductual, variante conductista creada en 1993.¹

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS

El psicoterapeuta debe abordar, además de los pensamientos y conductas que mantienen alto el peso del paciente, los aspectos emocionales. Hay que diagnosticar si tiene depresión o ansiedad; elaborar con él tácticas de control de las emociones y conductas. Enseñarle a relajarse, a dar respuestas superiores a la destructiva de comer. Puede utilizar técnicas específicas y algunas de las ya señaladas en el capítulo anterior.

Identificar la fuente de ansiedad

Las personas que sufren de comer emocional (*emotional eating*) toman alimentos sin hambre cuando experimentan ansiedad difusa, es decir, sin causa aparente. En cambio, las que tienen ansiedad reactiva, es decir, de origen identificable, no. Por esto, es importante que la persona identifique la causa de su ansiedad, porque, cuando eso ocurra, cesará de comer en exceso.²

Aceptación y compromiso

El paciente se acepta a sí mismo como una persona hipersensible que se hunde y desmoraliza por cualquier motivo menor; pero que se compromete a dar una respuesta diferente a la de comer. No intenta cambiar su manera de sentir, sino su reacción autodestructiva.

Un paciente obeso caía en disforia por motivos baladí. Si se raspaba la piel o creía que se le caía el cabello, sentía deprimirse, hablaba groserías delante de todos y se daba un atracón. Aprendió a dar una respuesta diferente, irse al parque a caminar o ir a la iglesia a rezar. Adelgazó.

Hay dos técnicas básicas para aprender a contenerse ante la impulsividad de comer como refugio:

- Distracción. Hacer ejercicios, montar bicicleta, llamar a un amigo, etcétera.
- Relajación. Poner en práctica la respiración diafragmática, ejercicios de meditación, yoga o budismo zen, etcétera.

Aprender a tolerar los sentimientos avasalladores

El paciente puede aprender a soportar la pena, desmoralización, derrotismo o culpa, el inicio es empezar por no incriminarse.

Luego de cada recaída, un paciente solía decirse muy desalentado “Siempre voy a ser un gordo de m...” o “Si ya comí en exceso, seguiré comiendo”. Se le enseñó a sufrir con tranquilidad.

Dado que una nueva respuesta puede ser difícil de lograr, hay que trabajar la autocrítica racional y la paciencia. El paciente debe dejar de culpar a los demás de sus mal ánimo y comilonas, y asumir su responsabilidad. Luego, con paciencia, aprenderá a dar respuestas que no sean autodestructivas.

ROL DE LA FAMILIA

- Alentar al paciente a continuar su tratamiento.
- Elogiar sus avances por pequeños que sean.

Lo que no debe hacer en plena comilona

- Criticar (“¿No tienes voluntad?”. “Vas a ponerte más gordo”).
- Sermonear (“Habiendo tantos niños hambrientos en el mundo, tú...”).
- Dar consejos (“Por favor, no comas, contrólate”).

Es contraproducente hablar al paciente de esas maneras en plena “borrachera de alimentos”. Esto solo lo humilla o irrita, con lo que la comilona continúa. Hay que dejarlo tranquilo hasta que pase la crisis.

Lo que no debe hacerse en plena disforia

- Aceptar sus quejas derrotistas (“Nunca voy a adelgazar”, “Siempre seré un gordo”, “Al diablo con el tratamiento”, etcétera).
- Reforzar sus ideas depresivas y medidas extremas para bajar de peso (dietas heroicas o cirugías).
- Hacer acuerdos irracionales. Contagiarse de su pesimismo, angustiarse.

Cuando ya pasó la crisis

- Conversar y analizar las causas del atracón. Normalmente, la crisis se desencadenó por un asunto de menor importancia: un problema en el trabajo; una discusión con un familiar, amigo o vecino; una pequeña herida en el cuerpo. Hay que ayudar al paciente a tomar consciencia de sus respuestas emocionales y conductuales desproporcionadas.
- Idear tácticas de prevención tales como evitar que haya alimentos fáciles de consumir en la refrigeradora, alacena o cocina. Eliminar los números telefónicos de comida con entrega a domicilio.
- Idear tácticas de autocontrol de las conductas. Por ejemplo, salir a correr, hacer ejercicios físicos, orar a Dios, ir a una iglesia, llamar al terapeuta.
- Invitarlo a que autoanalice sus reacciones emocionales.

MEDICAMENTOS

Se recomienda tratar este cuadro clínico con antidepresivos como fluoxetina o estabilizadores del ánimo como el antiepiléptico topiramato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MacKey M, Brantley J, Wood J. Manual práctico de Terapia Dialéctico Conductual. España. Editorial Desclée De Brouwer; 2017.
2. Abramson E. El comer emocional: una guía práctica de control. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer; 1999.
3. Manrique E, Aguado H. Manejando la depresión y ansiedad relacionadas con la bulimia. Boletín Promotec. 2010;10(4).

El tratamiento consta de unas nueve personas. Es efectivo y más económico. Existe la presión del grupo. Todos tratan de alcanzar la meta, semana a semana, para quedar bien ante el terapeuta y los demás participantes. El reporte del peso se realiza cada semana. Esta modalidad promete una disminución de 12 a 20 kilogramos. El tratamiento dura un año, porque el objetivo principal es el mantenimiento del peso logrado.

LAS SESIONES

En esta terapia no hay diagnóstico inicial ni interesan las características de la personalidad de los participantes. En todo caso, los aspectos emocionales se pueden abordar después.

- 1.^a sesión. Se explica el método de bajar de peso: el autocontrol. Se dan instrucciones para la autoobservación de la conducta alimentaria. Se entregan dos hojas: registro de alimentación y gráfica de curva ponderal. Deben registrar el peso cuatro veces al día y bajar entre $\frac{1}{2}$ a 1 kilo por semana. La primera prescripción es “Coman lento” y se explica cómo lo harán: con pausas de tres minutos.
- 2.^a sesión. Se analizan los registros de alimentación y del peso. También el resultado de las pausas al comer. Se les instruye a que todo alimento debería estar en la cocina. Solo guardar alimentos que necesitan preparación como las ensaladas y preparar pequeñas porciones. Hacer del comer una experiencia pura: no ver televisión, no leer, etcétera.
- 3.^a sesión. Se repasa lo avanzado. No hay sobrecarga de tareas.
- 4.^a sesión. Se vuelve sobre el tema comer lento: pausas, soltar los cubiertos, llevar a la boca pequeñas porciones, masticar bien, etcétera.
- 5.^a sesión. Los participantes deben identificar los momentos en que comen fuera de hora, para que se abstengan de picar. Se les adiestra a cambiar la actividad de comer por una con alta probabilidad de distracción personal; al mismo tiempo, que se digan en voz alta: “Puedo controlar el comer, para hacer algo que me gusta”.

- 6.^a sesión. Nuevo repaso de lo avanzado, para consolidación.
- 7.^a a 12.^a sesiones. Refinamiento de la creatividad de los participantes. A los que presenten dificultades particulares, se les da sesiones adicionales. Estas pueden consistir en imaginación aversiva (Ejemplo, si una mujer no puede resistirse a la tentación de un pastel de chocolate, que se imagine disfrutándolo y al mismo tiempo que su marido le está siendo infiel).
- 13.^a a 41.^a sesiones. Mantenimiento.

Un ejemplo de terapia de grupo es el de Richard Stuart (EE. UU., 1972). Ocho mujeres, que pesaban de 78 a 100 kilogramos, bajaron entre 12 y 20 kilogramos. Se mantuvieron delgadas en el seguimiento que duró un año. La asistencia total varió de 16 a 41 sesiones.

GLOTONES ANÓNIMOS

Las comunidades de adictos a los alimentos son exitosas como las comunidades hermanas Asociación de Alcohólicos Anónimos (AAA) y Asociación de Narcóticos Anónimos (ANA).

Funciona la presión grupal y, al mismo tiempo, la solidaridad de los miembros. Cada semana, unos dan cuenta del peso perdido; los más avanzados, del peso mantenido. Pueden llamarse entre sí por teléfono, para pedir socorro ante la tentación inminente de comer.

En Perú, no existe una Asociación de Glotones Anónimos. En Estados Unidos se llaman *Overeaters Anonymous*. Siguen las Reglas de los Doce Pasos de la AAA. Aunque es dudoso que dichas reglas –buenas para alcohólicos y drogadictos– sean rectamente aplicables a los obesos, sus resultados son positivos.

Se sabe que los mensajes de animación constituyen un plus importante en la psicoterapia, especialmente en adicciones. Pueden ser carteles en la casa y/o en la oficina; también tarjetas en el bolsillo o la cartera, con pensamientos o proverbios que apuntan a bloquear excesos. Con la modernidad, los textos se han incorporado al correo electrónico.

Respecto al tratamiento del sobrepeso y la obesidad, los carteles pueden colocarse en la cocina, comedor o en la puerta de la refrigeradora. Lo último es el envío de mensajes al *smartphone* del paciente.

Con el título “El *smartphone* ayuda a perder peso”, el *Journal of Medical Internet Investigation*, publicó que My Mealmate (Mi compañero de comidas) es una aplicación de *smartphone*, cuya información ayuda a perder peso, más que la de los periódicos o las páginas Web, según un estudio británico publicado en 2012-2013.

Después de seis meses de estudio, los usuarios del *smartphone* perdieron 4,6 kilogramos; mientras que los usuarios de periódicos o páginas Web, 2,9 y 1,3 kilogramos, respectivamente. Las razones son desconocidas. En la prueba piloto participaron 128 voluntarios con sobrepeso (El Comercio, 20.04.2013, A 22 pp.).



Figura 4. Animación mediante el *smartphone*.
Foto: El Comercio.

Importancia de los mensajes personalizados

Cuando el terapeuta elabora mensajes a base del conocimiento específico de su paciente, el beneficio es mucho más grande que los proverbios neutrales. Además, como quiera que los mensajes digitales suelen ser mucho más continuos que las sesiones formales, se da una presencia virtual adicional y motivadora del terapeuta.

La importancia de los mensajes para el paciente y su familia son las siguientes:

- Remotivación del tratamiento.
- Aliento para el avance.
- Felicitaciones ante los progresos.
- Orientación ante los estancamientos o retrocesos.
- Consuelo ante los infortunios.
- Psicoeducación.
- Consejo inmediato ante los imponderables.
- Otros.

EJEMPLO DE UN CASO

La atención al paciente Remigio (28 años) empieza con una consulta médica al suscrito a mediados de 2016, por ansiedad. Se trató el problema con medicamentos, mientras su psicóloga desarrollaba el tratamiento de su especialidad. Más adelante, el paciente consultó por problemas de pareja, surgidos en su flamante matrimonio 2016, con Fátima (23 años). Los resultados terapéuticos fueron positivos en ambos casos.

Así, Remigio confió en el autor y volvió a consultar, a mediados de 2017, esta vez para el tratamiento de su viejo exceso de peso. Se encontraba con 135,5 kg/1,90 m, es decir, con un IMC de 37. Remigio padecía de sobrepeso desde su niñez. Con tal IMC, se podría decir que padecía de obesidad. En verdad, él practicaba ejercicios físicos fuertes todos los días. Así, su colesterol y triglicéridos se encontraban en rango normal; mucha de su masa corporal era muscular. Como se dijo en el capítulo I, el definir obesidad por el IMC está cuestionado.

El problema del paciente era que había hecho dietas toda su vida. Pero pronto las quebraba y regresaba al peso anterior. Podía pasar hambre dos o tres días. Sin embargo, al cabo, caía en un atracón que le regresaba todo el peso perdido. Solo en una ocasión, en su adolescencia, logró bajar 40 kilogramos mediante una dieta heroica... porque estaba enamorado.

Al iniciarse el programa, Remigio planteó bajar de peso rápido. Se le indicó que lo saludable era bajar más bien de manera lenta, a razón de $\frac{1}{2}$ a 1 kilo semanal; que las bajadas veloces producen “rebotes”, etcétera. Pero el ritmo señalado le pareció demasiado lento. Cabe señalar que Remigio era una persona impaciente; hijo único de una familia acomodada, no había aprendido a renunciar a los deseos, sino, por el contrario, a hacerlos realidad. La verdad es que bajar de peso tiene más que ver con la capacidad de renunciar a las cosas que a conseguirlas.

Negociación

Se concilió con Remigio que tratara de bajar de peso a su manera: dieta más ejercicios físicos; que nos encontraríamos una vez por semana en el consultorio, para discutir los avances y/o dificultades; se le darían consejos de autocontrol mediante correos electrónicos diarios para mantener viva la motivación. Su bella esposa, delgada y deportista, se sumó a la tarea de ayudar, mediante el aliento amoroso. Más adelante, lo haría la madre, quien almorzaba todos los domingos con la joven pareja de esposos. Lo acordado con el paciente no era del gusto completo del autor, pero era la prueba piloto. Un terapeuta no debe ser autoritario, sino flexible en aceptar ciertas propuestas del paciente. La evolución del tratamiento permitiría realizar ajustes o bien un cambio radical.

Inicio auspicioso

Al principio, Remigio bajó seis kilogramos en 21 días. Todos estábamos contentos. El primer *email*, del 31.5.2017, tomó por título un adagio chino: “Una larga marcha empieza con un paso”; el segundo, “Carpe diem” (Aprovecha el día presente), latinismo de frase del poeta romano Horacio indicativo de que uno debe concentrarse en la tarea un día por vez, sin preocuparse del mañana ni anclarse en nostalgias del pasado. Pero un día el paciente tuvo un contratiempo y, entonces, su ánimo bajó mucho... y quiso desquitarse con la comida. La esposa, de confesión cristiana, lo mismo que él, lo invitó a orar; rezaron juntos y el paciente pudo controlar su impulso voraz. Se envió el mensaje bíblico “Más valen dos que uno”.

Dificultades y recursos

El incidente mencionado reveló dos aspectos de interés: el paciente padecía de emotional eating (comer compulsivo como respuesta ante una decepción) y que elevar una plegaria al Señor constituyó un recurso original para el autocontrol. Es de notarse que, así, el diagnóstico se fue construyendo con la evolución del tratamiento. Como dice Carl Rogers “El diagnóstico es el tratamiento”. Es decir, en el transcurso de la terapia surgen aspectos positivos y negativos que diagnosticar y, al mismo tiempo, reforzar o corregir, respectivamente.

Trastorno de atracones

Más adelante, Remigio sufrió otra decepción y en esa ocasión sí recayó. Retrocedió 3 kilogramos en un fin de semana. Se reveló que, una vez que comía de más, continuaba comiendo sin parar por tres o cuatro días. En la consulta comentó que le encantaban los dulces y preguntó si podía comerlos fuera de su régimen de alimentos. Se le dijo que en ese momento tenía la oportunidad de poner a prueba su capacidad de renuncia. Cuando salió del consultorio se compró un dulce, “Fue uno solo”, comentó en la siguiente semana.

Luego de un mes, el paciente sufrió una lesión en el dedo meñique de la mano izquierda que lo llevó a una fuerte disforia. Entonces, repitió la reacción de comer de manera compulsiva, la que pasó luego de cuatro días. Su reacción emocional se parecía mucho a las borracheras de días que tienen ciertos alcohólicos luego de una decepción. Entonces, se abrió el diagnóstico trastorno de atracones.

Reforzamientos

Felizmente, todo no fue “problemas”, también hubo buenas prácticas. La pareja, por ejemplo, comía ensaladas en abundancia. Se felicitó cada comportamiento saludable y los avances en las actitudes más bien que en el descenso ponderal. El autor no es un médico pro-dieta ni anti-dieta, sino que está enfocado en el cambio de conducta alimentaria. Lo demás, viene por añadidura. Otra buena práctica de la pareja era el amor por los ejercicios físicos. Él practicaba gimnasia y *jiu-jitsu* y ella, *ballet*.

Diagnóstico en progreso

Fátima enfatizó que Remigio comía rápido, como desesperado, al punto que algunos restos de comida caían a la mesa. Estas conductas y actitudes, el paciente no las comunicó al inicio, cuando se procuró elaborar el diagnóstico. Hubo poca autocritica desde el inicio. Por ejemplo, las observaciones de la esposa, él las tomaba como crítica.

Obsesión por el peso

También se comprobó, más adelante, que Remigio tenía obsesión por el peso. Todos los días, se miraba al espejo y conversaba de manera monotemática sobre su cuerpo. Estos comportamientos tenían a su esposa sobreesaturada. En el consultorio, se dio la indicación de no hablar más del peso. Al día siguiente, se envió un correo, para reforzar el autocontrol verbal.

Algunos libros recomiendan a los pacientes en tratamiento ponderal pesarse todos los días, incluso tres veces al día, como una manera de controlarse, conocerse y/o reforzarse. Sin embargo, en el caso de Remigio había que prescribir que no lo hiciera así, sino solo una vez

cada semana o quincena, ya que él padecía de obsesión por el peso corporal. En el mismo sentido, debía dejar de hablar de su peso a cada rato.

A esta altura, se propuso firmar acuerdos por escrito, para un compromiso más firme en el proceso terapéutico. Debían reunirse el paciente, la esposa y la madre, para discutir el borrador que se les envió. Era importante establecer premios y castigos, así como disminuir la tensión de ellas.

Periodo de solo correos

Hubo otra ocurrencia que se debió atender. La pareja partió al extranjero en luna de miel por un mes, viaje postergado luego de la ceremonia nupcial. Las reuniones semanales se suspendieron y los correos tomaron todo el lugar de la terapia. El régimen de alimentos ya no iba a ser en casa, sino en un crucero; los ejercicios físicos, ídem. Se enviaron los correos: “¡Feliz luna de miel!”, “A cuidarse durante el viaje”, “¡Feliz travesía!”, “Mareos en el crucero” y “Ejercicios físicos durante el viaje”.

Durante ese mes, el paciente contestó que todo iba bien: comía tres veces al día, realizaba ejercicios físicos, estaba contento y decidido a mantenerse así de por vida.

Hubo tres días que no se enviaron *emails*, porque el autor tuvo un certamen de inmersión total: mañana, tarde y noche. Así, el paciente quedó a su merced en ese lapso. Pero no hubo retrocesos, pese a que el viaje suspendió por seis semanas la firma de ciertos acuerdos terapéuticos. Moraleja: La vida y la psicoterapia son un zigzag, no una línea recta.

Cuando el paciente y su esposa regresaron de luna de miel, él ya tenía 10 kilogramos menos. Se sabe que, en general, las personas en los viajes de placer suben de peso. Pero Remigio había seguido bajando.

“Cirugía ya no”

Durante el viaje de Remigio y su esposa a Europa, una paciente mía (Zulema, 40 años) decidió súbitamente operarse para bajar de peso, sin coordinar conmigo. Ella debía haberse preparado: disminuir los psicofármacos que tomaba, en especial los del insomnio. También, debió haber seguido un régimen comprometido de ejercicios físicos. Pero lo más importante: intentar bajar de peso –mediante el autocontrol– algunos kilogramos antes de la cirugía. Se le escribió a Remigio acerca de este tema con el título “Cirugía para bajar de peso: la preparación”. Respondió con un correo largo y apasionado. Allí vertía sus puntos de vista que son de interés para el psicoterapeuta. Poco después, respondió a otro correo diciendo que definitivamente no se operaría, pues aseguraba ya tener hábitos saludables. Se consignaron algunas dúplicas del autor.

Replanteo de la terapia

Al cuarto mes, cuando se reveló con claridad el trastorno de atracones, hubo de girar el objetivo de la terapia. Cada episodio le regresaba el peso 2 o 3 kilogramos, lo afectaba anímicamente y también hacía sufrir a la esposa y a la madre.

Epílogo. Fátima regresó a Estados Unidos para terminar sus estudios. La pareja se extrañaba en la separación y la distancia. La terapia se suspendió. En mayo de 2018, Remigio lucía con 30 kilos menos y había superado en parte el síndrome de los atracones. Pero volvió en 2019, debido a un aumento de peso, y entró a una nueva etapa de mantenimiento.

LOS MENSAJES

Respecto a los correos, se utilizaron adagios, refranes, giros retóricos y dichos bíblicos, sobre todo en los títulos, porque es claro que enfatizan los mensajes. Los versículos de la Biblia fueron un potente mensaje, ya que los participantes eran cristianos practicantes. La sensibilidad del paciente se reveló en responder en una ocasión con un bello proverbio persa: “La paciencia es un árbol de raíces amargas, pero de frutos dulces”.

Hubo copias de los *emails* para la esposa y la madre del paciente que se constituyeron en grupo de apoyo. En algunas ocasiones, los mensajes se dirigieron solamente a ellas, debido a que se tenía en cuenta el importante papel que cumplen los familiares en un programa para bajar de peso y en el mantenimiento.

Los *emails* de animación se centraron al inicio en problemas específicos del paciente. Se propuso soluciones en lenguaje coloquial, más bien que en terminología científicista. Posteriormente, se enviaron correos sobre técnicas de autocontrol alimentario. Por ejemplo, servirse los alimentos en platos pequeños y floreados; no picar durante la sobremesa; refrigeradora pobre en alimentos calóricos; etcétera.

A la intención inicial de los correos (mantener la motivación) se agregó la de educar en lo psicológico a los participantes. Un correo cada día en el dispositivo electrónico personal es un recuerdo-estímulo permanente. Respecto a los contenidos, versaron sobre diversos aspectos relacionados con la conducta saludable en el comer; por ejemplo, “Comer lento”. También se apuntó a que sus seres queridos no tuvieran ansiedad cada vez que hubiera algún retroceso en las conductas a corregir; asimismo, que evitaran criticarlo de manera “constructiva”. (El autor es escéptico de las críticas, en general).

Los mensajes eran de aliento, pero también de psicoeducación o aclaración ante versiones anticientíficas. Todo en lenguaje coloquial. Se discutieron diversos aspectos relacionados con

el sobrepeso, como el sueño y la vida sexual. La secuencia de los temas no tuvo que seguir un orden académico, sino cronológico. Respondieron a la necesidad presentada en la semana. Al inicio se pudo proponer temas generales (Ver anexo 1). Pero cuando se reveló un problema, tal como almorzar rápido en cinco minutos, se le envió el mensaje “comer lento” y se agendó para la reunión siguiente. Asimismo, cuando se presentó la voracidad ante una frustración, se habló en la reunión correspondiente y, después, se envió la información complementaria *Emotional eating?* Y así por el estilo.

Cuando Remigio y Fátima estuvieron de viaje en luna de miel, los mensajes electrónicos asumieron temas relacionados con probables eventualidades. Por ejemplo, cómo alimentarse fuera de casa o ante los cambios fisiológicos del viaje en avión a otras latitudes (*jet lag*). Algunos correos no estuvieron dirigidos hacia el control alimentario directamente, sino a la vida emocional saludable.

Al igual que la medicina occidental para bajar de peso, las terapias orientales demandan un cambio en el estilo de vida: dejar atrás las respuestas dañinas al estrés y, más bien, alcanzar la plenitud. La hipnosis, el psicoanálisis y la psicoterapia familiar sistémica también son alternativas efectivas para algunas personas.

ACUPUNTURA

Es un antiguo tratamiento médico chino que clava agujas especiales en ciertas partes del cuerpo, para aliviar o curar determinadas dolencias. Se indica en obesidad simple, es decir, cuando no hay complicaciones endocrinas ni distribución anormal de tejido graso. Primero, debe tipificarse el tipo de obesidad, de acuerdo con la clasificación médica china. Las agujas actúan disminuyendo la ansiedad o la depresión que inducen a comer en exceso; elimina los caprichos alimentarios; regula el hambre y la saciedad; libera endorfinas.¹

Acupuntura auricular. Se implanta semillas de cardo (género de plantas espinosas) en la oreja y se tapa con esparadrapo. Una de las más utilizadas es el Cardo santo. Por motivos desconocidos, el apetito y el peso bajan.

YOGA

Filosofía hindú, basada en ejercicios físicos y espirituales, para liberar al espíritu de las tensiones del cuerpo y alcanzar la perfección. Se trata de adoptar una actitud y estilo de vida que corte con todo lo que daña (alcohol, tabaco, estrés). Desde el punto de vista del tratamiento de la obesidad, la paz elimina el daño de comer en exceso; en consecuencia, la persona adelgaza.

El yogui (el practicante) dispone de varios ejercicios físicos como el Kapalbhati Pranayama (respiración en posición flor de loto) y el Paschimottanasana (sentado y con las piernas estiradas, tomarse los pies). Se aconseja a la persona con obesidad tener la guía de un maestro, para realizar ciertas posiciones que no produzcan lesiones. Los resultados son lentos, pero duraderos.

El yoga es una excelente práctica complementaria de la medicina occidental en trastornos mentales como son el déficit de la atención con hiperactividad, el insomnio, la esquizofrenia y

los ocasionados por el estrés. En 2013, un estudio de 16 marcadores biológicos de alta calidad demostró que el yoga influye en la salud mental de forma similar a los antidepresivos y la psicoterapia, de acuerdo con el equipo de médicos estadounidenses e hindúes de la Universidad de Duke. No obstante, la misma investigación estableció que el yoga no ayuda en los trastornos de la alimentación (bulimia o trastorno de atracones) y cognitivos (retraso mental).²

BUDISMO ZEN

Es una práctica oriental dirigida a la espiritualidad del ser humano. La persona destierra el estrés malo y obtiene la paz interior. De este modo indirecto, la ansiedad de comer, fumar o beber quedan atrás y la persona adelgaza. Un aforismo del Budismo Zen reza: “Cuando tengo hambre, como; cuando tengo sed, bebo; cuando estoy cansado, descanso, cuando tengo sueño, duermo”.

Sin embargo, la cablegráfica EFE, en 2018, informó que un alto porcentaje de monjes tailandeses padecen de obesidad y enfermedades metabólicas, debido a una mala alimentación.³

MEDITACIÓN TRASCENDENTAL

Es una técnica de repetir mantras (“om”) para lograr la paz. Se aprende en siete lecciones. Nació en la India con el santón Maharishi Mahesh Yogi (1917-2008). Explican la obesidad en el sentido de que el estrés libera cortisol, hormona que aumenta la resistencia de la insulina, por lo que se gana peso. Por otra parte, señalan que la restricción de alimentos hace que se les desee más. Por esto, la meditación, al reducir el estrés, ayuda a equilibrar el apetito y a no hacer dietas restrictivas.⁴

HIPNOSIS

Aunque faltan estudios más rigurosos, la hipnosis está categorizada en medicina como “posiblemente eficaz”. Es coadyuvante de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la obesidad. La terapia psicológica más la hipnosis dan mejores resultados que la terapia psicológica sola.

Un estudio de Bolocofsky y col., en 1985, combinó la mejor muestra con la mejor metodología. Compararon dos grupos de participantes. Uno recibió terapia cognitivo-conductual (control de estímulos, relajación, pesaje diario y reforzamiento). El otro grupo recibió el mismo programa más la hipnosis. Ambos tuvieron nueve sesiones, a razón de una por semana. Al terminar la terapia, ambos grupos habían perdido un promedio de 4 kilogramos. Pero en el seguimiento, a los 8 y 24 meses, solo los participantes del grupo de hipnosis habían seguido perdiendo peso; además, señalaban que cumplían más las reglas del programa, lo que correlacionó con la pérdida de peso.⁵

Un esquema típico de tratamiento demanda 12 sesiones de 40 minutos cada una. Una variante es la autohipnosis o hipnosis despierta, donde el paciente tiene el control de las sugerencias.

OTRAS PSICOTERAPIAS

El 50 % de las pacientes con bulimia no se adaptan a la terapia cognitivo-conductual, centrada en llenar reportes y hablar de comida. Sienten que el terapeuta no se ocupa de los problemas de fondo.

Otras escuelas psicoterapéuticas, de las que hay centenas en el mundo, pueden ayudar, directa o indirectamente, a bajar de peso y mantenerse delgado, en especial cuando se padece de *emotional eating*. Están las técnicas Gestalt y el Análisis Transaccional, entre otras. La verdad es que muchas técnicas psicológicas son compartidas por muchas escuelas, aunque con distintos nombres; se trata de un solapamiento conceptual.

Psicoanálisis

Algunos teóricos proponen que la obesidad es un mecanismo de defensa contra el acercamiento afectivo-sexual. Cuando el paciente lo descubre, puede comenzar a dismantelar tal defensa perjudicial y tornarse de peso normal.

*“... El estar obeso puede servir como un medio para escapar de la sexualidad, la interacción social, la madurez, responsabilidades, la realidad o la vida misma. Las capas de grasa pueden estar aislando en múltiples formas. Comer en exceso en respuesta a una necesidad de amor, seguridad y placer ocurre en los individuos infantiles, dependientes, pasivos con ego débil, incapaces de obtener su gratificación y subsistencia en forma más madura. Pueden estar involucrados elementos de hostilidad y agresión”.*⁶

Pero esta hipótesis no ha tenido plena comprobación empírica y, de hecho, sirve poco a los pacientes obesos. Una paciente venida del psicoanálisis me dijo: “Yo comía frustraciones”; pero era evidente que seguía con sobrepeso. De todos modos, es interesante considerar personalidades orales que fuman, liban, tienen verborrea y comen en exceso. Sin embargo, el psicoanálisis en su vertiente interpersonal puede ser muy útil para las personas con conflictos crónicos.

Psicoterapia familiar sistémica

No se centra en el tema del sobrepeso y las dietas, sino en el estilo de la familia de resolver problemas. Si usa la crítica y el ataque, deberá cambiarlo por un estilo diferente. Propone técnicas paradójicas y desafiantes. Una de ellas es: “Si usted se excede en comer, deberá castigarse comiendo otra porción igual de lo mismo. Si comió un cuarto de pastel, que no debió comer, deberá comer otro cuarto más, de forma obligatoria”. Esta técnica aversiva da buenos resultados.

Gestalt

Al empezar la terapia no se centran, necesariamente, en la comida, sino que exploran las áreas emocionales y cognitivas del paciente. Trabajan en especial el tomar consciencia de los

síntomas y el cuerpo. Así, por ejemplo, pueden proponer mejorar la autoestima primero. Ya más adelante aplican técnicas específicas de autocontrol alimentario.

Terapia interpersonal

Es una terapia que analiza los vínculos familiares, laborales y sociales de la persona. Aborda la relación con los padres, pareja, hijos; jefes, colegas y subordinados; amigos, vecinos, etcétera. Estudia los conflictos, pérdidas y duelos. Se especializa en depresión, adicciones y trastornos de la alimentación. La solución o disminución de estos problemas mengua el estrés y, por consiguiente, el deseo ansioso de comer en exceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Á, Laureano Y. Eficacia de la acupuntura como tratamiento para la reducción del índice de masa corporal en pacientes con obesidad. Tesis para el Centro de Entrenamiento de la Medicina Tradicional y Terapias Complementarias. [Internet]. 2016. [Consultado el 24.08.2022]. Disponible en: http://cemetcven.com/wp-content/uploads/2017/01/Tesis-de-Grado_Enero-2016.pdf
2. Arévalo-Berrones J; Pallo-Almache J, Herrera-Cisnero, S. Utilización del Yoga en el tratamiento del estrés con trastornos nutricionales por exceso. Rev. Arch. Médico de Camagüey. 2020;24(5). [Internet]. 2020. [Consultado el 24.08.2020]. Vol. 24(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552020000500004&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Ruiz-Canela G. Los monjes tailandeses, cada vez más obesos debido a la mala alimentación. La Vanguardia [Internet]. Publicado el 15.10.2018. [Consultado el 25.08.2022]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20181015/452355870027/los-monjes-tailandeses-cada-vez-mas-obesos-debido-a-la-mala-alimentacion.html#:~:text=Cerca%20del%2048%20por%20ciento,de%20relojer%C3%ADa%22%20en%20los%20templos>.
4. Chaudhary S. Problemas de peso. Blog Meditación trascendental [Internet]. s/f. [Consultado el 25.08.2022]. Disponible en: <https://us-es.tm.org/problemas-de-sobrepeso>
5. Mendoza E, Capafons A. Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. Rev. Papeles del psicólogo. 2009;30(2):98-116. [Internet] 2009. [Consultado el 25.08.2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77811726001.pdf>
6. Solomon P, Patch V. Manual de psiquiatría. 2.ª edición. México. Editorial El Manual Moderno. 1976. 153 p.

Hemos establecido que un ritmo adecuado de descenso ponderal es $\frac{1}{2}$ kilo por semana. Pero a veces se presentan casos médicos en que bajar de peso rápido constituye una urgencia del paciente obeso.

URGENCIAS MÉDICAS

Ejemplos:

- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Embarazarse

Un varón adulto, con obesidad II, había sufrido un ataque cardíaco por obstrucción de una de las arterias coronarias. Después de su estabilización y recuperación, su cardiólogo le indicó bajar de peso con urgencia. Además, necesitaba ayuda psicológica, pues le resultaba muy difícil abandonar su viejo estilo sibarita de comer.

Un paciente adulto se recuperaba de un accidente cerebrovascular ya en casa. Debido a la hemiplejía y a su obesidad, a los familiares que lo cuidaban les resultaba muy pesado llevarlo al baño. Debía bajar de peso rápido.

Una señora de 38 años recibió la indicación de su ginecólogo de bajar 10 kilos, al menos, en el menor tiempo posible, si quería embarazarse, pues su reloj biológico hacía tictac sin cesar.

URGENCIAS SOCIALES

En el centro de adelgazamiento Slim Center, eventualmente, recibimos personas desesperadas por bajar de peso en forma rápida. Tenían una fecha límite para lucirse en compromisos importantes para ellas.

Una señorita iba a casarse en dos meses y debía bajar siete kilogramos y no cuatro, a fin de poder entrar en su traje de novia.

Otra joven tenía que sustentar su tesis y graduarse ante sus familiares y amigos. Quería estar bien para las fotos históricas. Debía bajar nueve kilos en seis semanas y no en las 12 recomendadas.

Una adolescente, bonita y con sobrepeso, debía bajar de peso con rapidez, para poder presentarse a un concurso de modelaje en tres semanas.

Francamente, bajar de 7 a 10 kilogramos en tan poco tiempo no es recomendable. Pero, mal que bien, ¿se puede indicar un tratamiento de descenso ponderal rápido? Sé que mis amigas nutricionistas dirán que no, que las dietas radicales pueden causar daños físicos y psíquicos, desde anemia y desnutrición hasta depresión. Es verdad, tienen razón. Pero a veces hay que hacer excepciones, siempre y cuando el paciente se mantenga firmemente unido a los profesionales y a familia que le apoyarán. Cinco medidas han de tenerse en cuenta:

- Un anorexígeno adecuado para el paciente
- Dieta radical
- Ejercicios físicos
- Apoyo psicológico
- Apoyo familiar

Dieta radical. Se deberá cumplir la dieta prescrita por la nutricionista de manera estricta, para que no falten vitaminas, minerales, carbohidratos, proteínas ni grasas. De seguro, incluirá verduras, frutas y pescado, entre otros alimentos. Si se va a usar un edulcorante, que sea estevia, es natural y cero calorías. Pueden prescribirse vitaminas y minerales. Queda prohibido el consumo de alcohol.

Ejercicios físicos. La actividad física recomendada es correr. Si se va a ir al gimnasio, se recomiendan los ejercicios aeróbicos que queman más calorías.

Apoyo psicológico. El paciente comprometido deberá estar en contacto permanente con el médico, psicólogo, nutricionista y entrenador personal.

Apoyo familiar. La familia dará aliento, elogio ante cada avance. Puede preparar la dieta y participar en ella. Nunca criticará las detenciones o retrocesos en la bajada del peso.

Una advertencia, ya sabemos que uno de los efectos negativos de las bajadas rápidas de peso son los rebotes. El paciente debe saber que la medida tomada con su médico es una emergencia y nada más. Tan pronto cumpla su compromiso, deberá empezar un régimen verdaderamente sano.

CUARTA PARTE

CUANDO TODO HA FRACASADO

Cuando el paciente hizo dietas y ejercicios físicos toda su vida, tomó pastillas para bajar de peso, probó hipnotismo, acupuntura, psicoterapia, etcétera, y no obtuvo resultados favorables, es hora de considerar un método que lo fuerce a bajar de peso de todas maneras. Para esto, están las cirugías bariátricas o el internamiento voluntario.

Antes de declarar que todo ha fracasado, conviene evaluar los tratamientos ensayados. Si bien, la mayoría no tienen éxito, existe la posibilidad de que algo estuviera mal planteado y, por tanto, no se bajara de peso. Por ejemplo, puede ser que la persona tuviera alguna de las siguientes condiciones:

- Dieta bien planteada, pero consumo de alcohol no declarado.
- Dieta heroica que mantiene con hambre permanente al paciente.
- Consumo de medicamentos que dan hambre y aumentan el peso.
- Psicoterapia mal indicada o mal llevada.
- Enfermedad endocrina oculta y no tratada.
- Depresión no tratada o refractaria al tratamiento.
- Trastorno de atracones no declarado.
- Bulimia no declarada.
- Enfermedad o trastorno psiquiátrico mayor no detectado.
- Meta irreal del peso a alcanzar.

La cirugía bariátrica es una intervención en el estómago que hace bajar de peso de manera obligatoria y drástica. Se pierden entre 4 y 9 kilogramos por mes. Esto porque la sensación de llenura estomacal se da con muy poca comida. El descenso ponderal es más rápido al inicio. Como bien advierten los mismos cirujanos, el paciente una vez que se estabiliza –lo que ocurre entre los cinco a 24 meses– debe mantener un adecuado régimen de alimentos y realizar ejercicios físicos, so pena de regresar al peso anterior.

Las cirugías para bajar de peso tienen las siguientes indicaciones:

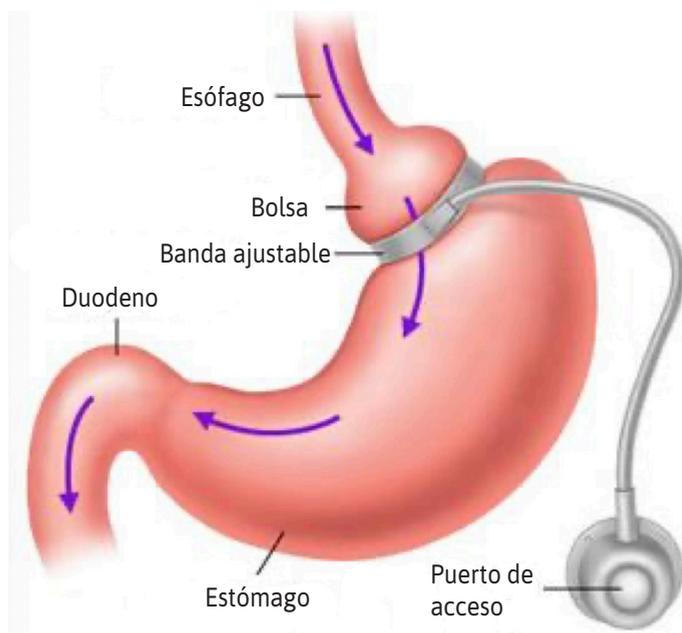
- Obesidad con un IMC ≥ 40 .
- Obesidad con un IMC ≥ 35 acompañada de diabetes *mellitus 2*, apnea del sueño o cardiopatía.
- Fracaso del programa de dieta y ejercicios físicos.

El alta operatoria se da en dos o cuatro días. Después de la cirugía, el paciente tendrá dieta líquida, posteriormente blanda y, finalmente, completa. Le prescribirán medicamentos antiácidos, tipo omeprazol (inhibidor de la bomba de proton), por un periodo de 100 días. El servicio le citará periódicamente para evaluar la evolución. Cualquier eventualidad médica inmediata, como náuseas o dolor abdominal, deberá ser consultada con el cirujano. Un nutricionista indicará comer pequeños volúmenes de alimentos. Conforme se baja de peso, la autoestima mejora; pero si se presenta o reactiva algún problema emocional, un psicoterapeuta interviene. El cirujano indica cuándo la persona podrá iniciar un régimen de ejercicios físicos. Por último, comprarse ropa nueva será necesario. A continuación, los tipos de cirugía bariátrica:

BANDA GÁSTRICA

Es una banda ajustable que se coloca en la parte superior del estómago y crea una bolsa que permite albergar solo 28 g de alimento. La banda crea un conducto estrecho por donde pasa la comida de manera lenta. De este modo, la persona experimenta llenura con poca ración. Con el tiempo, la banda se afloja para que la bolsa estomacal crezca y almacene 57 u 85 g. Este procedimiento no interfiere con la digestión ni la absorción normales.

Tiene una variante: la gastroplastia vertical con banda; es una cirugía restrictiva del ingreso calórico, por lo que, igualmente, produce disminución del peso.¹



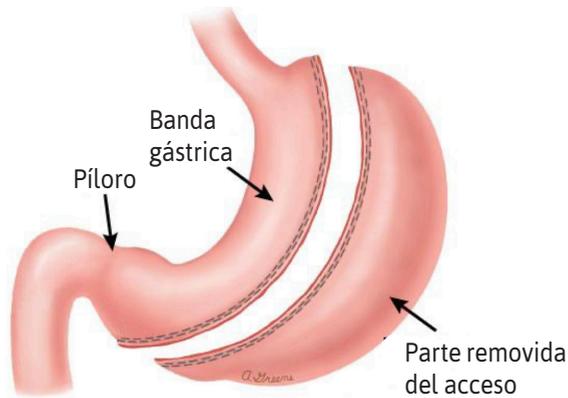


Figura 6. Ilustración de manga gástrica. Fuente: Cirugías Estéticas, cirugiasesteticas.org

MANGA GÁSTRICA

El cirujano extirpa el 80 % del estómago que, del tamaño de una sandía, queda del volumen de un plátano. Así, se limita el ingreso de alimentos y el paciente se llena con porciones pequeñas de comida. La pérdida de peso no es tan grande como con el baipás.

El procedimiento es laparoscópico bajo anestesia y dura entre 60 y 90 minutos. El alta se da en dos días. Puede convenir realizar, antes o al mismo tiempo, la extirpación de la vesícula biliar, a fin de prevenir la ulterior formación de cálculos.²

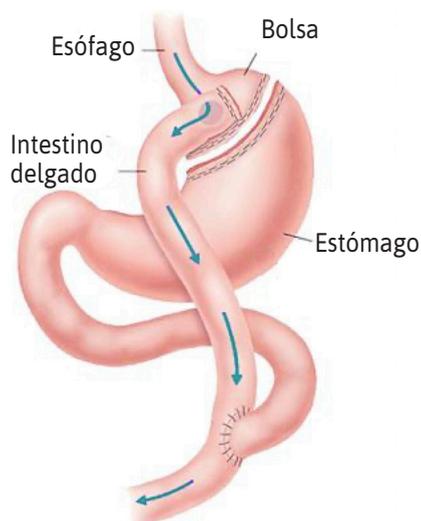


Figura 7. Ilustración de baipás gástrico. Fuente: Cirugías Estéticas, cirugiasesteticas.org

BAIPÁS GÁSTRICO

Consiste en reducir el tamaño del estómago y conectarlo directamente al yeyuno. De esta manera, se produce la sensación de llenura con pequeñas porciones de alimentos (28 g) y, además, ya no se absorben nutrientes en el duodeno. La cirugía –laparoscópica o abierta– se realiza bajo anestesia y dura 3 a 4 horas. El alta se da en unos cuatro días.

La persona baja de peso entre 4,5 y 9 kilogramos mensuales en el primer año. Luego, el ritmo se desacelera; pero si se mantiene un régimen dietético y de ejercicios físicos constantes, se puede seguir perdiendo peso en el segundo año. Hay variantes de este procedimiento quirúrgico como la derivación biliopancreática y la derivación biliopancreática con cruce duodenal. En personas que han tenido intervenciones abdominales anteriores, el tejido cicatricial podría obligar a suspender la intervención. No obstante, se procedería a retirar ese tejido residual, para en unos meses realizar el baipás.³

BALÓN GÁSTRICO

No es propiamente una cirugía bariátrica. Se coloca un balón de silicona (re lleno con solución salina) en el estómago, mediante endoscopia. El balón produce sensación de llenura y saciedad con pequeñas cantidades de alimento. Se baja entre 13 y 15 kilogramos. Está indicado en personas con un IMC entre 27 y 40 o como preparación para una cirugía bariátrica. A los seis meses se extrae el balón.

CIRUGÍA DE PIEL

Luego de bajar drásticamente de peso, la persona con obesidad mórbida suele quedar con colgajos de piel, pasibles de cirugía complementaria de remoción. Las zonas más afectadas son abdomen, brazos y piernas. Suelen operarse en dos o tres tiempos.

- **Dermolipectomía circular.** La primera intervención es en el abdomen y consiste en retirar el llamado delantal abdominal (piel más grasa excedentes); deja una sola cicatriz horizontal en bajo vientre. La siguiente intervención consiste en retirar piel y grasa de brazos y muslos, deja sendas cicatrice verticales. En total, se pueden remover entre siete a diez kilogramos.
- **Abdominoplastia.** En algunos pacientes, no solo se retira piel y grasa, sino que es necesario reconstruir toda la pared abdominal. Incluye unión de músculos, recolocación del ombligo (neoumbilicoplastia) y liposucción de flancos y caderas. De esta manera, queda remodelada la cintura abdominal y el tronco corporal. Exige un descanso de cuatro a seis semanas. Esta cirugía también se indica en casos de posparto y estrías abdominales.

- **Liposucción.** No es para bajar de peso. Se trata de una cirugía estética que aspira grasa acumulada bajo la piel. La lipoescultura utiliza la grasa removida para inyectarla donde se desee. Está indicada en personas con peso normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MedlinePlus. Banda gástrica bariátrica. Biblioteca Nacional de Salud de los Estados Unidos. [Internet] 2020. [Consultado el 19.10.2020*]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19497.htm
2. MedlinePlus Gastrectomía vertical en manga, Biblioteca Nacional de Salud de los Estados Unidos. [Internet]. 2021. [Consultado el 19.10.2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007435.htm>
3. MedlinePlus, Cirugía de derivación gástrica. Biblioteca Nacional de Salud de los Estados Unidos. [Internet]. 2020. [Consultado el 19.10.2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007199.htm>.

El Estado peruano no provee servicios integrales para el internamiento de pacientes con obesidad. Según mi experiencia, algunos psiquiatras del Estado, que deberían ser abiertos a esta problemática, son poco sensibles.

Pacientes con obesidad refractaria a los tratamientos conservadores que he enviado para su hospitalización en un centro de salud mental público siempre han sido rechazados por mis colegas.

Clínica

Una manera drástica de bajar de peso es internarse en una clínica especializada en trastornos de la alimentación. Estas reciben a pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. También pueden recibir a personas con sobrepeso u obesidad necesitadas de control alimentario externo. En el Perú, no existen clínicas para internamiento; en Argentina, sí.

En Lima, existe Renascentis psicólogos asociados, un centro privado para trastornos de la alimentación. Funciona como clínica de día. No hay internamientos.

Como quiera que en el Perú no existen clínicas estatales para trastornos de la alimentación, el internamiento bien podría realizarse en algún establecimiento privado que cuente con profesionales de la salud en nutrición, psicología, medicina y psiquiatría. Si, además, tuviera un gimnasio, sería mejor.

Comunidad terapéutica

Una persona que no logra disminuir su sobrepeso u obesidad puede tomar la decisión de internarse en una comunidad de pacientes con adicción al alcohol, drogas o juegos. Si la persona se considera a sí misma adicta a los alimentos, los promotores no tendrían dificultad en internarlo y disponer de un personal especialista en nutrición para las prescripciones correspondientes.

Fat camp

En Estados Unidos, existen campos para bajar de peso en grupo *manu militari*: con muchos ejercicios físicos y dieta drástica. En Perú, todavía no existe este tipo de servicios.

Resumen

El tratamiento médico-psicológico para bajar de peso se plantea de acuerdo al nivel diagnóstico del IMC. La dieta es obligatoria en todos los casos. Los ejercicios físicos son altamente recomendables. Los fármacos resultan opcionales. La psicoterapia de apoyo es de aliento y consejería para una buena alimentación; la psicoterapia formal es con técnicas variadas para modificar la manera disfuncional de comer y vivir. La cirugía bariátrica es una indicación prácticamente obligatoria en casos de obesidad mórbida.

Tabla 5. Tratamiento médico-psicológico, según diagnóstico

| Diagnóstico | Tratamiento |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Sobrepeso | Dieta + ejercicios + psicoterapia de apoyo |
| Obesidad I | Dieta + ejercicios + fármacos + psicoterapia formal |
| Obesidad II | Dieta + ejercicios + fármacos + psicoterapia formal + correos de animación |
| Obesidad III (mórbida) | Dieta + ejercicios - fármacos + psicoterapia formal + correos de animación + cirugía |

Fuente: modificado de Amancio O y col.

ANEXOS

Correos de animación

A1

Se trata de correos a un paciente que, inicialmente, ingresó a tratamiento psiquiátrico por trastorno de ansiedad generalizada. Mejoró significativamente. Entonces, pidió ser tratado por su obesidad. De los 90 correos enviados, inserto los primeros a manera de ilustración.

AL INICIARSE EL TRATAMIENTO

Correo 1: “Una larga marcha empieza con un paso”

Querido Remigio:

Un adagio chino dice que “Una larga marcha empieza con un paso”. La tarea que te has impuesto -bajar de peso- es una larga marcha, nos tomará meses. Y hoy, diste el primer paso. En ese sentido, al igual que el bebé que empieza a caminar, puedes sufrir caídas. Es lo normal. Pero al igual que el bebé que empieza a caminar, solamente tienes que levantarte y seguir caminando..., aunque vuelvas a caer más adelante. Hay que persistir y nada más. Así, en ningún caso, tendrías que decepcionarte demasiado por un mal resultado. Solo tendrías que asumir que ninguna bajada de peso es rectilínea. Normalmente, el descenso del peso es en zigzag. De manera que anda creando la consciencia de que lograrás tu meta, si persistes en tu programa de alimentos y ejercicios físicos, sin derrumbarte por los eventuales retrocesos. Felicitaciones por el paso que has dado hoy.

Un abrazo: Pedro

Correo 2: *Carpe diem*

Apreciado Remigio:

Carpe diem es una frase del poeta latino Horacio que significa “Aprovecha el día”. Se suele interpretar como: No pierdas el tiempo o Vive este día como si fuera el último de tu vida. Pero el sentido que nos interesa a nosotros es: Concéntrate en tu meta, hoy. Concéntrate en tu meta hoy es no preocuparse del mañana, sino dedicar los esfuerzos -ahora- con simple devoción. Tu régimen de ejercicios físicos y de alimentos debe ser motivo de concentración para HOY, sin pensar en el pasado (que ya no existe) ni en el futuro (que tampoco existe).

¡Adelante!

CON LA PAREJA MATRIMONIAL (saben inglés)

Correo 3: “No pain, no gain”

Queridos Fátima y Remigio:

“No pain, no gain” es un aforismo anglosajón que –ustedes saben– significa “Sin dolor, no hay ganancia”. En ese sentido, para bajar de peso y, sobre todo, mantenerse en el peso ideal es preciso “aprender a sufrir”, a pasar por el dolor de no comer en exceso, a renunciar a la comida que nos gratifica al instante pero que nos daña a la larga.

Bajar de peso y mantenerse es el desafío más duro de la medicina para la salud pública mundial. Millones de personas padecen de sobrepeso u obesidad, a pesar de los mejores deseos de todos: pacientes, médicos, nutricionistas y psicólogos. En Estados Unidos, el país más rico del planeta, millones de personas padecen de obesidad, aunque dispongan de los mejores centros especializados en bajar de peso, los mejores médicos y cirujanos, los mejores gimnasios, las mejores recetas y dietas, etcétera.

Una de las claves para bajar de peso es “aprender a sufrir”, a no ceder a la tentación de comer de más, a aceptar el dolor de quedarse con las ganas de un dulce o del alimento favorito. En tu caso, a no desquitarse con la comida por alguna frustración.

Ya antes he comentado las palabras de Antón Semionovich Makarenko, el padre de la pedagogía oriental: “Una gran voluntad más tiene que ver con renunciar a las cosas que en conseguirlas”. En efecto, en este

mundo todos queremos alcanzar metas consistentes en dinero, comodidades, objetos. En cambio, estamos menos dispuestos a despojarnos de las cosas.

Hay dos tipos de sufrimiento: el positivo y el negativo. Sufrimiento positivo es el del alcohólico que decide renunciar al alcohol. Su mente y su cuerpo le pedirán tomar; los amigos le tentarán a un trago (“Vamos, una copa no te va a hacer daño”); la publicidad comercial le incitará a libar asociando el licor con chicas bonitas; en las fiestas habrá trago disponible; después de un partido de fútbol, le dirán para ir a tomar cerveza. En una palabra, todo le incitará a embriagarse, es decir, a regresar a la enfermedad. Mas quien está dispuesto a dejar el alcohol, renunciará una y mil veces, aunque en cada ocasión sufra. Pero ese sufrimiento será positivo, porque cada día sin alcohol lo fortalecerá más y más.

En cambio, el sufrimiento negativo es el del drogadicto que no deja la droga, aunque sabe que le daña el cerebro, le trae problemas familiares y se desprestigia ante los demás. Cada fin de semana, al menos, consume de manera religiosa; cuando se reúne con sus amigos (falsos amigos) es para volar; y si tiene algún problema o estrés, se refugia en la droga. Y sufre, pero de manera negativa.

Para ti, Remigio, bajar de peso también es una oportunidad de fortalecer tu carácter, voluntad y autocontrol, en el sentido de la renuncia. De manera que debes aceptar el dolor positivo de controlar tu alimentación, porque te aguarda una buena promesa: lograr el peso adecuado.

SOBRE UNA TÉCNICA CONDUCTUAL

Correo 4: Comer lento

Querido Remigio:

Una de las medidas para adelgazar es comer lento. Se le da tiempo al cerebro para procesar la sensación de saciedad. Para lograrlo, puedes elegir dos maneras:

REAPRENDER A COMER

- Masticar bien cada alimento (por ejemplo, 30 veces el tomate crudo y 60 veces la carne de res); puede parecer ridículo eso de contar las masticadas, pero lo interesante es que dé resultados (“no importa que el gato sea marrón o pardo, sino que cace pericotes”, dicen los sabios chinos).
- Soltar los cubiertos cada tres bocados, para ganar auto-control.
- Dejar de comer por cinco minutos y charlar con tu acompañante, también para ganar autocontrol.
- Deja un pequeño resto en el plato que irá a la basura, asimismo para ganar autocontrol.
- Debes felicitarte una vez que logres algún autocontrol.

Otras condiciones adicionales, a fin de hacerse consciente del comer, son las siguientes:

- No ver TV mientras se toma los alimentos. Concentrarse en el comer.
- Servirse todos los platos de una buena vez y mirar lo que se va a comer.

IMITAR A FÁTIMA

Copia toda la forma que tiene de comer tu querida flaquita. No termines de alimentarte antes que ella. Finaliza con ella o después.

Con cariño: Pedro

SOBRE OTRA TÉCNICA CONDUCTUAL (preparatoria de la siguiente cita)

Correo 5: Premio por bajar de peso

Apreciado Remigio:

En nuestra última reunión, reclamaste un premio por bajar de peso. La idea es correcta. Tenemos que pensar en dos tipos de premios.

- Premios periódicos (semanales o mensuales) como ropa, asistir a un evento de tu interés: cine, teatro, etcétera: ¡No comida!
- Un gran premio final (cuando alcances el peso deseado). Puede ser un viaje al extranjero.

Conversa con Fátima al respecto, para que formule una lista de premios.

Pedro

Se trata de una respuesta enviada a una antigua paciente adulta, en tratamiento por trastorno límite de la personalidad. Luego de una consulta en la oficina, envié un correo para pedir explicaciones acerca de su obesidad, expresó preocupación por su atractivo sexual y preguntó si los diuréticos adelgazan.

“Sobrepeso: confluencia de factores”

Querida Gertrudis:

Los diagnósticos que conversamos la última vez en el consultorio fueron, en orden de importancia, los siguientes:

- Estrés prolongado, por matrimonio disfuncional.
- Panneurosis (depresión, ansiedad, angustias, obsesión + normalidad + paranoia).
- Fibromialgia.
- Síndrome de atracones.
- Mal manejo del dinero.

De los cinco diagnósticos, elegiste el cuarto (síndrome de atracones) como tu prioridad actual, porque te lleva a un sobrepeso de decenas de kilos que detestas. Dijiste que auto-controlarte era difícil, porque si no comes entre comidas te angustias. Señalaste que esas angustias vienen de tu falta de afecto. De manera que debes sentirte atrapada en el círculo vicioso de desamor-sobrepeso, el cual afecta tu cuerpo en cuanto a salud e imagen.

Me dijiste que este problema data de unos cinco años. Pero me temo que tu pasión irreprimible por la torta de chocolate y otros alimentos llenos de calorías viene de más atrás. ¿Recuerdas que en Santa Clara caías en angustia si no conseguías esos postres? ¿Recuerdas que lograste que te dieran fiado en la tienda del lugar, para malestar de tu mamá?

¿POR QUÉ EL SOBREPESO HOY?

Por las siguientes razones:

- Fibromialgia
- Medicamentos
- Metabolismo de persona adulta
- Hipotiroidismo
- Falta de ejercicios físicos
- Embarazos

Aunque el síndrome de atracones data desde tu juventud, el sobrepeso se ha hecho evidente en los últimos años, debido a la confluencia de algunos de los factores arriba mencionados.

- La fibromialgia limita en tus movimientos y gastas menos calorías.
- Algunos de los medicamentos que tomas afectan el metabolismo. En especial la risperidona (contra la paranoia) incrementa el peso, por aumento del apetito.

- El metabolismo de la persona adulta es más lento y retiene calorías.
- El hipotiroidismo también lentifica el metabolismo y retiene calorías.
- La falta de ejercicios físicos no quema las calorías sobrantes.
- Cada embarazo retiene dos kilos de peso fisiológicos.

SOLUCIÓN

A pesar de lo crónico del problema, tú puedes cortar ese círculo ahora. Creo advertir que con tu psicoterapeuta Judith has avanzado hasta alcanzar un positivo nivel de comprensión del problema. Y ese es un excelente paso. Sin entender el tema, toda dieta que hicieras resbalará al fracaso.

- Para empezar, considera agregar a tus propósitos de cambio el ideal zen: “Se puede estar bien, aunque todo esté mal”. Voy a repetirlo, porque es del mayor valor, cuando tantos males nos abrumen. “Estar bien, aunque tengamos varios males”. Quiere decir que tú puedes adelgazar, aunque tengas un matrimonio disfuncional, falta de amor, ansiedades, etcétera.
- Segundo. Debes aceptar que bajar de peso es difícil para cualquiera. Vas a requerir poner en práctica toda tu paciencia... Continúo. Como decía ayer: ¡) Vas a necesitar poner a prueba toda tu paciencia, pues bajar el sobrepeso que tienes, a razón de medio kilo semanal, te llevaría unos 18 meses. Tú eres una persona que sabe conseguir cosas. Pero ten presente que una férrea voluntad más tiene que ver con renunciar a las cosas que a conseguirlas. Tendrás que renunciar a comer en exceso y aceptar sufrir de manera positiva.
- Deberás desarrollar estrategias para combatir la angustia de no darte un atracón de dulces. Esas estrategias pueden ser: relajación, imaginación, premios, castigos, pensamientos realistas, etcétera.

SEX APPEAL Y SOBREPESO

La atracción sexual depende no solo de la apariencia física, sino también del encanto personal. Sin embargo, a algunas personas con sobrepeso –sobre todo mujeres– les desanima concertar una cita o salir, porque ponen todo el acento de su atractivo en el aspecto físico. Desestiman dos cosas: sus cualidades personales y que hay gente que les atrae muy especialmente las personas con sobrepeso.

No hay que desanimarse de asistir a una fiesta o reunión social porque se tenga unos kilos de más. Más bien, conviene ataviarse adecuadamente, confiar en el propio encanto y lanzarse a la aventura de la vida, porque de todo hay en la Viña del Señor.

¿DIURÉTICOS?

Algunas personas con sobrepeso para bajar de peso rápido toman diuréticos, sustancias que eliminan sodio y agua y, por lo tanto, hacen que la balanza marque uno o dos kilos menos de un día para otro. Pero es un engaño, puesto que el descenso ponderal no debe ser a expensas de agua y electrolitos, sino de masa adiposa. Además, la sed natural repondrá toda el agua perdida en las siguientes horas. Nos vemos en tu próxima cita.

Cordialmente

Pedro

Aclaración sobre los suplementos vitamínicos

A3

Se trata de un mensaje a un amigo de la tercera edad, en tratamiento por depresión. Envía un artículo digital sobre la inutilidad de tomar suplementos vitamínicos, los cuales, justamente, se los he prescrito. Le preocupa su sobrepeso.

He aquí el correo aclaratorio.

Querido amigo:

El artículo es una toma de posición en sentido negativo sobre la vieja polémica médica de si tomar o no vitaminas.

Quienes niegan que se debe tomar vitaminas arguyen lo siguiente:

- La humanidad nunca antes del descubrimiento de las vitaminas las tomó.
- Una dieta bien balanceada ofrece todas las vitaminas.
- Se trata del interés de la industria farmacéutica.

Quienes sí apoyan el consumo de vitaminas señalan en qué tipo de personas:

- Con enfermedades carenciales (escorbuto, beriberi, anemia, etcétera).
- Deportistas (por el gasto en cada entrenamiento)
- De la tercera y cuarta edad (porque el sistema digestivo absorbe menos)
- Que toman alimentos provenientes de suelos sobre-explotados y empobrecidos.

Pertenezco al segundo grupo de médicos. Además, respecto a mi especialidad, el complejo B mejora el estado de ánimo (indicación de las sociedades psiquiátricas internacionales, a base de pruebas clínicas). Adelante con tus vitaminas un mes sí, un mes no.

Pedro



FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL