

Historia de la obesidad en el mundo

1. **Presentación**
2. **Introducción**
3. **Obesidad en la pre-historia**
4. **Obesidad en la Edad Antigua**
5. **Obesidad en la Edad Media**
6. **Obesidad en la Edad Moderna**
7. **Obesidad en la Edad Contemporánea**
8. **Bibliografía**

PRESENTACIÓN

Esta monografía tiene la intención de servir como guía de consulta al público en general, nutricionistas, médicos o no, que estén interesados en unos de los problemas más importantes de salud de nuestros tiempos.

Espero también que la presente elaboración sirva de guía y/o base para otros profesionales, para que sigan aportando más con respecto a esta enfermedad, la cual poco a poco daña nuestro organismo y nuestra sociedad.

LIC. HEVER FALCON TOMAYCONZA

INTRODUCCIÓN

La obesidad hoy en día es considerada como un desafío sanitario (por el aumento de las comorbilidades asociadas) en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo los cuales han empezado su industrialización y además están adoptando los hábitos típicos de los países de los mundos desarrollados.

En la presente monografía vamos a analizar cómo se ha visto la obesidad desde la antigüedad hasta nuestros tiempos, indagar cómo se ha definido el concepto de obesidad desde los inicios de la humanidad hasta nuestros días.

Para esto, primero definamos qué es obesidad.

La palabra "obeso" viene del latín "**obedere**". Formado de las raíces **ob** (sobre, o que abarca todo) y **edere** (comer), es decir "alguien que se lo come todo". El primer uso conocido de esta palabra fue en 1651 en lengua inglesa, en un libro de medicina noha biggs (*Biggs, Noha (fl. 1651), medical practitioner and social reformer*)

Con respecto al concepto actual de obesidad existen muchas definiciones, entre las que diremos:

La obesidad significa tener un exceso de grasa en el cuerpo, se diferencia del sobrepeso, que significa pesar demasiado. El peso puede ser resultado de la masa muscular, los huesos, la grasa y/o el agua en el cuerpo. Ambos términos significan que el peso de una persona es mayor de lo que se considera saludable según su estatura. La obesidad se presenta con el transcurso del tiempo, cuando se ingieren más calorías que aquellas que consume.

El equilibrio entre la ingestión de calorías y las calorías que se pierden es diferente en cada persona. Entre los factores que pudieran inclinar el equilibrio se incluyen la constitución genética, el exceso de comer, el consumo de alimentos ricos en grasas y la falta de actividad física.(1).

La obesidad se caracteriza por un exceso de grasa corporal definido como un índice de masa corporal (IMC) $>29.9 \text{ kg/m}^2$; esta entidad es consecuencia de un problema de desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía.(2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la obesidad como un problema de salud pública a escala mundial, definiendo el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales. (3).

Es el cúmulo adiposo que rebasa el biotipo normal con un sobrepeso de más del 15 % del peso de su tipo, y puede ser clasificado como: a) exógena (sobrealimentación); b) endógena (endocrino) y c) mixta (asociación de las dos variedades).(4).

A manera de resumen podríamos decir que la obesidad es un trastorno metabólico multifactorial caracterizado por un exceso de grasa corporal, especialmente de la grasa visceral, considerado hoy en día como factor de riesgo principal para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, enfermedades coronarias y en especial la diabetes, que son las que presentan actualmente mayor morbimortalidad en todo el mundo. Hay que reconocer que actualmente existe en todo el mundo una auténtica pandemia de obesidad y sobrepeso.

No seguiremos entrando en detalles con respecto a causas, epidemiología, síntomas y signos, etiología, diagnóstico diferencial, valoración, pruebas de laboratorio, tratamientos, pronósticos, etc., ya que no es la intención de esta monografía hacerlo.

No olvidemos que la obesidad hoy en día es un grave problema de salud pública y considerada como uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de muchas enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiacas, derrames cerebrales, artritis y ciertos cánceres) y esto ya ha sido claramente demostrado.

La revisión de la historia de la obesidad que se va a hacer, tiene notable interés no solo para poder valorar los aspectos sociales y culturales de la obesidad a través de la historia, sino también para poder conocer los esfuerzos de la medicina en las distintas épocas para comprender este fenómeno e intentar mejorarlo a través de diversas técnicas terapéuticas.

OBESIDAD EN LA PRE-HISTORIA

Entendiéndose la pre-historia como un periodo de la humanidad que abarca desde los orígenes (2.5 millones A.C.) hasta el inicio de la escritura (3500 a 3000 A.C.) aproximadamente. (5).

El ser humano durante el 95-99% del tiempo de su existencia en la Tierra ha vivido como cazador-recolector y ha debido resistir los frecuentes períodos de carencia de alimentos. Este hecho produjo, a través de un proceso de selección, el progresivo predominio en el genoma humano de aquellos «genes haorradores» que favorecían el depósito de energía y permitían que estos individuos tuvieran una mayor supervivencia y alcanzaran la edad de la reproducción. (6).

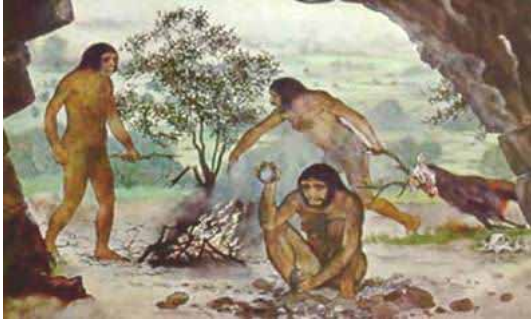


figura 1: vida en la pre-historia

En gran parte de este periodo se da la lucha por la supervivencia del ser humano con el medio natural y sus competidores de otras especies. Como la vida era muy dura, sólo una minoría de seres humanos cumpliría los 40 años de vida y los que llegaran a esa edad seguramente tendrían una vejez difícil, aquejados de dolores de artritis, reumatismo, escorbuto, y amenazados de muerte con cada hueso roto o muela infectada. Aquí las mujeres quedaban en " casa" , y en ocasiones debían esperar a sus " cazadores" durante largo tiempo, agotándose el alimento. Entonces solo las que habían acumulado más grasa lograban sobrevivir a los periodos de hambruna.

Durante esta etapa la alimentación del hombre prehistórico dependía básicamente de la recolección de plantas, tubérculos y otros vegetales, así como de la ingestión de insectos, huevecillos de insectos y animales pequeños. Los primeros seres humanos cazaban presas pequeñas, pero con el desarrollo de la vida comunitaria y la tecnología de caza, luego pudo convertirse en un depredador de manadas de animales salvajes o grandes, como el mamut y el bisonte, o de peces una vez que inventó redes. El hombre prehistórico no mantenía una dieta equilibrada y en muchos casos su alimento consistía en carne en estado de semiputrefacción.

La única constatación que tenemos de la existencia de obesidad en tiempos prehistóricos proviene de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas. La más conocida es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua de la edad de piedra que tiene una antigüedad aproximada de 25.000 años y que está expuesta en el museo de Historia Natural de Viena.

La estatua, con un gran abdomen y voluminosas mamas péndulas, representa probablemente un símbolo de maternidad y fecundidad (7), y no solo la de **Willendorf**, sino también la de **lespugue** (La estatuilla de marfil de mamut), la de **laussel** (Es una estatuilla tallada en un bloque de piedra caliza dura). Estas son figuras maternas obesas, con adiposidad mórbida, esta obesidad se ve como una representación clara, más que simbólica, de una necesidad: que no se extinga la especie.

Es posible que en las grutas donde los cavernícolas del paleolítico se juntaban para protegerse de los fríos invernales, a la luz de las antorchas, se adorasen estas estatuillas, como un culto a la vida y a lo cotidiano: al fin y al cabo, la mujer era como una madre tierra, ella guardaba el sobrante de la cosecha y de la caza, disponía de todos los bienes, y encendía o apagaba el hogar según lo creyera necesario.



Figura 2: la Venus de Willendorf

Entonces vemos que en estos tiempos el excesivo tejido adiposo se veía de cierta forma como una señal divina de salud y de longevidad, como una necesidad de supervivencia.

----- o -----

OBESIDAD EN LA EDAD ANTIGUA

Esta etapa abarca desde la aparición de la escritura (3500 A.C a 3000 A.C) hasta la caída del Imperio Romano (476 D.C.). (5).

Dentro de esta etapa iniciaremos hablando de la cultura egipcia;

Egipto:

Tenemos restos cadavéricos que nos dicen que la obesidad estuvo presente en la cultura egipcia, por ejemplo la existencia de aterosclerosis fue descrita hace más de 4000 años en la cultura egipcia. Las autopsias de las momias egipcias encontraron que la arteriosclerosis coronaria y el infarto de miocardio se presentaban en personas ricas. (8).

En el Antiguo Testamento el Faraón agradecido promete a José «toda la grasa de la Tierra» o se señala que «el virtuoso florecerá como el árbol de la palma... ellos traerán abundante fruto en la edad avanzada: ellos serán gordos y florecientes» (Salmos XCII, 13). (9).

No obstante, en el Imperio Medio egipcio (siglos XXI-XVII a.C.), en las enseñanzas del Kagemni, puede leerse por primera vez en la historia una asociación de la glotonería con la obesidad y una condena y estigmatización del comer con exceso. Así, en este texto se señala: «La glotonería es grosera y censurable. Un vaso de agua calma la sed. Un puñado de vegetales fortalece el corazón. Toma una sola cosa en lugar de manjares. Un pedazo pequeño en lugar de uno grande. Es despreciable aquel cuyo vientre sigue codiciando después de que pasó la hora de comer. Se olvida de aquellos que viven en la casa cuando devora. Cuando te sientes con un obeso glotón, come una vez que se te haya pasado el apetito». (9).



La dieta de esta época era abundante en calidad y en variedad, dándose la obesidad en personas de rango social elevado, como ya se ha dicho anteriormente. Pero también se ve que en estos tiempos el conocimiento de dietas eran bien equilibradas, obviamente en la gente pudiente; de tales virtudes dejan firme constancia finas figuras y siluetas de los nobles y funcionarios.



Figura 4:

La faraona Hatshepsut. (Hacia 1473-1458 a.C.).

Al faraón se le representa sin embargo tan apuesto y atlético ante los dioses porque un cuerpo deforme por el exceso de grasa rompería con el decoro debido y la etiqueta obligada por el respeto; como sucede con los armoniosos de las damas cortesanas, de bustos firmes, y cadera estrecha, que denotaban no sólo una inclinación por un ideal estético de la mujer egipcia, sino también una invocación por el deseo, el gusto y la devoción de presentarse armónicos ante las divinidades, aunque en la vida real ya no poseyeran las fisonomías proporcionadas de la juventud (10).

Dentro de los grandes obesos en la cultura egipcia fueron Amenhotep III y Ramsés III, no olvidar a Ajenatón, un individuo del que se han dicho tantas cosas, colocadas tantas etiquetas sobre patologías abrigadas y extrañas (10).



Figura 5: Ajenatón

GRECIA:

Ya en la antigua Grecia, **Hipócrates** reconoció que las personas que tienen una tendencia natural a la gordura, suelen morir antes que las delgadas (11). Fue Hipócrates el primero que asoció la obesidad y la muerte súbita hace más de 2000 años (12).

Hipócrates, la gran figura de la Medicina griega (siglo V a.C.), realiza un minucioso estudio de la enfermedad a través de la observación de los síntomas que presenta el paciente. Algunas de estas inteligentes descripciones siguen siendo válidas en el momento actual. En relación a la obesidad, Hipócrates señala que «la muerte súbita es más frecuente en los obesos que en los delgados», y que la obesidad es una causa de infertilidad en las mujeres y que la frecuencia de menstruación está reducida. Aparte de los interesantes datos aportados por la inteligente observación de los síntomas de los pacientes, Hipócrates desarrolló varias teorías sobre el funcionamiento del cuerpo basadas en los elementos y humores. (13).

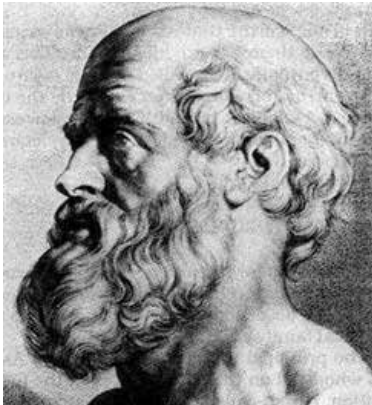


figura 6: Hipócrates de cos

La salud era un estado en el cual había un adecuado balance entre estos humores, mientras que en la enfermedad se producía un estado de desequilibrio. Algunos consejos en relación con el tratamiento de la obesidad vienen condicionados por la teoría de los humores, como: «El obeso con laxitud muscular y complexión roja debido a su constitución húmeda necesita comida seca durante la mayor parte del año». En cambio, algunos otros consejos apuntan en el correcto sentido de la importancia del ejercicio.

Así: «Los obesos y aquellos que desean perder peso deberían llevar a cabo unos fuertes ejercicios antes de la comida», «... y pasear desnudos tanto tiempo como sea posible». (13).

El gran filósofo **Platón**(siglo V-IV a.C.) proclama una certera observación sobre la alimentación y la obesidad al señalar que la dieta equilibrada es la que contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad se asocia con la disminución de la esperanza de vida. (13).

Roma:

Aquí como principal protagonista tenemos a **Galeno** (siglo II a.C.), que nació en Grecia pero residió en Roma, es una de las personalidades más importantes en la historia de la Medicina. Escribió más de 125 libros médicos que tuvieron gran repercusión en los siguientes 1.300 años. Aunque él siguió fiel a la medicina hipocrática creyendo en los cuatro elementos y los cuatro humores, en relación a la obesidad elaboró algunos conceptos juiciosos de valor clínico. Galeno identifica dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. La primera la considera como natural y la segunda como mórbida.

En su libro *De Sanitate Tuenda*, Galeno expone que: «El arte higiénico promete mantener en buena salud a aquellos que lo obedecen, pero no así a aquellos que no lo hacen». Galeno veía, por tanto, la obesidad en relación a un estilo de vida inadecuado. Algunos de sus consejos van dirigidos a intentar corregir esta desviación: «Yo he conseguido adelgazar a un paciente obeso en un tiempo breve aconsejándole que corriera velozmente». Tras el ejercicio, «...le di abundante comida poco nutritiva a fin de saciarle y de que aquella se distribuyera poco en el cuerpo entero». (13).

Galeno aprovecha a criticar en este tiempo la preparación - entrenamiento- que llevan a cabo los generales, tachándola de perezosa y poco activa, porque la no ejercitación en la palestra provoca la obesidad y la falta de virtud espiritual e incluso algunos llegan a engordar tanto que se les hace imposible respirar (14).

Los griegos y los romanos son considerados los iniciadores de la dietoterapia. Siendo Hipócrates el primero de los grandes médicos que demostró interés por la Nutrición.

Esparta:

Los espartanos eran estrictos con respecto a las personas obesas. Cada mes revisaban a los jóvenes, y a aquellos que estaban subidos de peso se le obligaba a bajar de peso siguiendo un rígido programa de ejercicios.

El plato típico de los espartanos era la sopa negra, hecha con carne y sangre de cerdo. Parece haber sido tan poca apetitosa que por toda Grecia se decía, en son de broma, que los espartanos preferían la muerte en batalla antes que seguir comiendo aquel potaje. Se comía en conjunto -con dieta rigurosa- hasta los 60 años. Si alguno mostraba signos manifiestos de sobrepeso, era inmediatamente desterrado como una afrenta al rigor espartano. La obesidad era uno de esos pecados que en Esparta no tenían perdón. (15).

CULTURA CRISTIANA: IDEAS SOBRE LA GLOTONERÍA:

San Pablo (siglo I d.C.), en su Epístola a los Filipenses, afirmó: «Los enemigos de la cruz de Cristo cuyo final es la destrucción, cuyo dios es su barriga». Tanto San Agustín en el siglo V, como Gregorio I en el siglo VII, incorporaron la

glotonería como uno de los siete pecados capitales. La obesidad era infrecuente en esta época y, por tanto, no se solía relacionar con la glotonería durante este período, pero esta conexión se estableció posteriormente a medida que la disponibilidad de alimentos aumentó. (16).

----- o -----

OBESIDAD EN LA EDAD MEDIA

Esta época comprende desde la caída del Imperio Romano (476 D.C.), hasta la caída del Imperio Bizantino (1453D.C.).(5).

En la **Edad Media**, la glotonería era más bien común entre los nobles, que la consideraban un signo tangible de bienestar. La iglesia, en cambio, desaprobaba la glotonería.

La **Iglesia Católica** adjudicó a la glotonería como *pecado venial*. Sin embargo los artistas hicieron caso omiso y pintaban como algo hermoso un cuerpo obeso. Esta omisión fue seguida durante muchos años incluso por muchos monjes. La obesidad entre ellos era frecuente encontrarla. Sin embargo fue en el siglo XIII, cuando el papa Inocencio III insistió en el pecado de la gula y recriminó a todos los sacerdotes y monjes obesos.

Se descubrió en un monasterio del siglo XII en el sur de Edimburgo, en Escocia, que monjes benedictinos habían creado una poción natural para reducir el apetito y poder ayunar sin sentir hambre. Según los antropólogos e historiadores, los monjes benedictinos del monasterio y hospital de Soutra Aisle, lograron crear esa poción natural hace 845 años, de plantas amargas que masticaban para evitar sentir apetito. (17).

Tras el hundimiento del Imperio Romano, la influencia de la docencia médica pasó de Roma al mundo **Árabe** y a **Bizancio**, de tal modo que durante la Edad Media la medicina árabe alcanzó un gran prestigio y difusión.

Hablemos de la medicina árabe:

MEDICINA ÁRABE:

Teniendo como principal protagonista a **Avicenna**(siglos X-XI), que fue el médico más prestigioso de la época. Su enciclopedia médica, que fue traducida al latín con el título de *Canon*, se convirtió en el texto básico que se utilizó para la enseñanza de la medicina durante cinco siglos.

Avicenna dedica un capítulo de uno de sus libros: el canon de la medicina, a la obesidad. Y dice " **la obesidad severa restringe los movimientos y maniobras del cuerpo... los conductos de la respiración se obstruyen y no pasa bien el aire... estos pacientes tienen un riesgo de muerte súbita... son vulnerables a sufrir un accidente cerebral, hemiplejía, palpitaciones, diarreas, mareos... los hombres son infértiles y producen poco semen... y las mujeres no quedan embarazadas, y si lo hacen abortan, y su libido es pobre**"

En el *Canon*, Avicenna describe las recomendaciones, algunas muy juiciosas, para tratar la obesidad:



Figura 7: Avicena.

1) *Procurar un rápido descenso de los alimentos por el estómago y el intestino con*

objeto de evitar su completa absorción por el mesenterio.

2) *Tomar alimentos voluminosos pero poco nutritivos.*

3) *Tomar un baño, a menudo, antes de comer.*

4) *Ejercicio intenso.*

JAPÓN MEDIEVAL:

En el Japón medieval existía un gran interés por la clasificación de las enfermedades y en la representación de los síntomas específicos. Este interés está ricamente documentado en un pergamino del siglo XII y que originalmente representaba 22 enfermedades con un texto de unas pocas frases para explicar cada proceso (16). El pergamino es considerado un tesoro de realismo dentro de la historia del arte japonés. Algún tiempo después de su producción, el pergamino fue dividido en distintos grabados separados. Uno de ellos, que puede contemplarse en el Museo de Arte de la ciudad de Fukuoka, está dedicado a una «mujer obesa».

El texto que acompaña a este grabado representa el concepto que se tenía de la obesidad en el Japón de la época: «...había una mujer prestamista que se volvió excesivamente gruesa. A causa de que ella comía toda clase de ricos comestibles, su cuerpo se volvió grueso y su carne demasiado abundante. Ella no podía caminar con facilidad y cuando lo hacía precisaba la ayuda de sus sirvientes. Sin embargo, aun contando con esta asistencia, ella sudaba profusamente, padecía una respiración fatigosa y sufría sin cesar».

El grabado y el texto que lo acompaña indican, sin duda, que en esta época en el Japón se relacionaba claramente la obesidad con la ingesta excesiva de alimentos, y que se conocían las graves consecuencias que tenía para la salud la excesiva acumulación adiposa.

Otro aspecto de interés es la estigmatización de la obesidad, que se desprende del grabado y del texto. El prestar dinero con un alto interés era considerado como una falta moral muy grave en el contexto budista, y desde el punto de vista del karma, el sufrimiento «sin cesar» de la mujer obesa podía considerarse una inevitable retribución del fracaso moral de esta vida o vidas anteriores.

IMPERIO BIZANTINO:

Las ideas sobre la causa y tratamiento de la obesidad de los médicos bizantinos de la época son relativamente correctas y no difieren demasiado de las vigentes en la actualidad. El médico bizantino Aetius atribuía la obesidad a la dieta abundante, a la falta de ejercicio y a la *crasis* del cuerpo («temperamento» según la idea de Galeno). Los médicos bizantinos de la época prescribían vegetales, fruta, pescado y pollo, pero no mantequilla, carnes y sus despojos, marisco, queso o vino. Aconsejaban, también, fisioterapia, especialmente baños termales con agua muy caliente que favoreciera la sudación.

Se sabe también que hace más de 1.000 años, en España, un rey perdió la corona por perder la línea. Cuenta la historia que el Rey leonés Sancho I, que accedió al trono a los 25 años de edad, en el año 958, era un obeso mórbido de tal magnitud que precisaba el auxilio de una persona para poder caminar y montar a caballo. Su obesidad era objeto de burlas y de ahí que pasara a la historia con el sobrenombre de El Craso. (18).

----- o -----

OBESIDAD EN LA EDAD MODERNA

Este tiempo está comprendido desde la caída del imperio bizantino (1453 D.C.) hasta el año en que estalló la revolución francesa (1789) aproximadamente. (5).

Siglo XV: Estigmatización de la glotonería y de la obesidad en la cultura cristiana

Como ya se ha comentado, la glotonería era claramente condenada en la cultura cristiana antigua, de tal modo que San Agustín en el siglo V y Gregorio I en el siglo VII, incorporaron la gula entre los siete pecados capitales. En Europa, al comienzo de la Edad Moderna, a fines del siglo XV, había mayor disponibilidad de comida y la glotonería ya se relacionaba claramente con la obesidad. (16).



Figura 8: los siete pecados capitales

El célebre pintor neerlandés Hieronymus Bosch (1450-1516), en su célebre obra «**Los siete pecados capitales**», representó el Ojo de Dios, que todo lo ve, en un pequeño círculo central, mientras que los pecados eran representados en siete paneles formando en conjunto un gran círculo. El significado de la pintura era que fácilmente una transgresión podía conducir a

otra. La obesidad es claramente estigmatizada al identificarse la gula con un sujeto obeso que come y bebe sin mesura.

Siglos XVI-XVII

En esta época como en otras anteriores de la humanidad, el sobrepeso y la obesidad, utilizando la nomenclatura actual eran símbolos de fecundidad y atractivo sexual, así como de salud y bienestar.

Durante el transcurso de estos siglos, especialmente del XVII, aumenta en Europa, como es lógico, la publicación de textos y monografías médicos. Este hecho permite conocer mucho mejor la historia de la Medicina y, también, evidentemente, la de la obesidad.

Las primeras monografías cuyo tema principal es la obesidad se publican a finales del siglo XVI y durante el siglo XVII. Todos estos textos se publicaron en latín y trataron principalmente de aspectos clínicos de la obesidad. Aunque estos textos todavía estaban influenciados por el pensamiento de Hipócrates y de Galeno, introducían ya nuevas ideas sobre aspectos físicos y químicos que constituían una base teórica para la comprensión de la función del organismo. Uno de los máximos difusores de estas ideas fue el creador de la escuela yatomecánica, el italiano Giovanni Alfonso Borelli (1608-1679). Sus ideas sobre la obesidad de base física o mecánica resultaron menos culpabilizadoras para el obeso que las teorías de Galeno hasta entonces vigentes.

Otra escuela del siglo XVII, la yatroquímica, relacionaba la enfermedad con las fermentaciones y la putrefacción. El médico flamenco Jan Baptiste Helmont (1577-1644), en su libro *Ortus Medicinæ*, relacionó la obesidad con las teorías yatroquímicas. En esta época, como en otras anteriores de la humanidad, el sobrepeso y la obesidad, utilizando la nomenclatura actual, eran símbolos de fecundidad y de atractivo sexual, así como de salud y bienestar.

Este hecho queda representado por diversas imágenes pictóricas, como las realizadas por el famoso pintor flamenco Peter Paulus Rubens (1577-1640). Se comentaba que para ser una modelo de Rubens, la mujer debía pesar, por lo menos, 200 libras (19). Este hecho resulta muy significativo para definir la valoración positiva, cultural y social de la obesidad en esta época.



Figura 9: las tres gracias de Peter Paulus Rubens

Otro dato relativo a la valoración positiva de la obesidad en la época es el texto literario de William Shakespeare (1564-1616) que hace declarar a Julio César que prefiere «... have men about me that are fat...».

En otro texto literario, *The mauden queen*, de la misma época, debido al escritor inglés John Dryden (1613-1700), se describen las actitudes de las mujeres inglesas en este siglo: «Yo estoy decidida a crecer gorda y parecer joven hasta que cumpla los cuarenta y después desaparecer del mundo con la aparición de la primera arruga...» (9).

Siglo XVIII: primera mitad

En la primera mitad del siglo XVIII tuvieron gran auge y difusión las enseñanzas del médico holandés Herman Boerhaave (1668- 1738). Sus clases en Leyden alcanzaron gran prestigio contando con alumnos de diversos

países de Europa. Boerhaave fue un ecléctico. Aunque en sus clases de clínica y terapéutica retomó en cierto modo al hipocratismo, mantuvo ideas de las escuelas yatroquímica y yatromecánica, de Galeno y del mismo Hipócrates. Creía que la salud depende de una adecuada interacción de los vasos y los fluidos. La enfermedad, por el contrario, dependía de una inadecuada interacción y el tratamiento debía abrir los vasos o bien restaurar los fluidos para recuperar un adecuado balance.

Algunos de los factores causales de enfermedad, citados por Boerhaave, pueden ser considerados válidos en el momento actual: tipo de aire respirado; tipo y cantidad de alimento y fluidos que ingerimos; tipo de evacuaciones; cantidad de reposo y ejercicio; estado emocional de la mente; y cantidad y calidad del sueño. Estos factores deberían depender del control individual. Así, en cuanto a la obesidad, la glotonería era una alteración con una responsabilidad individual, una atribución moral del paciente.

Durante el siglo XVIII se publicaron al menos 34 tesis doctorales en relación con la obesidad, lo que demuestra un gran interés por este tema en esta época. Además, en 1727 se publicó la primera monografía escrita en inglés sobre la obesidad, debida a Thomas Short: *Discourse on the causes and effects of corpulency together with the method for its prevention and cure*. Es curioso constatar la frase de Short en la que hace constar el gran número de casos de obesidad: «*I relieve no age did ever afford more instantes of corpulency that our own*».

Short afirma que la «corpulencia» (término de la época para denominar la obesidad) es un estado mórbido, recuperando así un concepto hipocrático. Aunque algunas de las causas indicadas o tratamientos propuestos son claramente incorrectos, Short describe como causa de obesidad el sedentarismo y la ingesta de algunos alimentos como dulces, grasas y sustancias ricas en aceite. La obesidad es claramente estigmatizada por Short, ya que queda en buena parte vinculada a la pereza y a la glotonería (7).

Siglo XVIII: segunda mitad

En la segunda mitad del siglo XVIII el centro más prestigioso de la enseñanza médica se desplaza de Leiden (Holanda) a Edimburgo (Escocia). En el año 1760 se publica una segunda monografía sobre la obesidad, original de Malcolm Flemyng, miembro de la escuela de Edimburgo: *A discourse on the nature, causes and cure of corpulency*. Flemyng, como Short, consideraba la

obesidad severa como una enfermedad, ya que limita las funciones del cuerpo, y acorta la vida a través de la producción de peligrosas alteraciones.

Flemyng señala cuatro causas de la obesidad. La primera ligada al exceso de comida, especialmente de tipo graso, aunque describe, con acierto, que no todos los obesos son grandes comedores: «*Not that all corpulent persons are great eaters; or all thin persons space feeders. We daily see instances of the contrary. Tho" a voracious appetite be one cause of corpulency, it is not the only cause; and very often not even the conditio sine qua non thereof*».

Las otras tres causas de la obesidad, condicionadas por teorías vigentes en la época, eran una alteración en la textura de la membrana celular, un anormal estado de la sangre que facilitarían el depósito de la grasa y una «evacuación defectuosa».

Flemyng, en la citada monografía, da consejos terapéuticos para combatir la «corpulencia» de acuerdo con las causas que él creía responsables del proceso.

En el primero de estos grupos de consejos relacionado con la alimentación, establece una serie de recomendaciones, en general juiciosas, de modo que algunas de las mismas siguen vigentes en la actualidad. Así, señala que la dieta debería ser moderada en cantidad y que los individuos deberían levantarse de la mesa sin haber saciado totalmente el apetito. También recomienda comer pan moreno en vez de pan blanco, raíces, verduras y otros succulentos vegetales, pero con uso escaso de la mantequilla.

En relación con la segunda y tercera causas de la obesidad (la alteración de la membrana celular y el anormal estado de la sangre), Flemyng insiste en el consejo de una pobre ingesta de grasa y recomienda el ejercicio y los baños fríos.

La cuarta causa de la obesidad era la «evacuación defectuosa». Pese a esta absurda teoría y a la de que el aceite debía abandonar el cuerpo a través del sudor, la orina o las heces, los consejos para corregir este defecto eran parcialmente válidos, ya que, junto a otras inadecuadas recomendaciones, aconsejaba fuertemente el ejercicio (7)..

En esta segunda mitad del siglo XVIII se produce un hecho trascendental en la historia de la medicina: Joannes Baptista Morgagni publica en 1765 su ingente obra en cinco tomos *De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagata*. Con la publicación de esta obra se inicia la teoría anatomopatológica de la enfermedad, ya que Morgagni realiza una minuciosa observación de las vísceras e intenta relacionar estos hallazgos con la presentación clínica de las enfermedades.

En el *De Sedibus* existen dos descripciones de obesidad visceral con comorbilidades asociadas que podían ser consideradas un antecedente histórico de la obesidad androide o central, casi doscientos años antes de su descripción inicial por Jean Vague.

La primera de estas observaciones de Morgagni correspondía a una mujer obesa, de aspecto androide, de 74 años, que murió de un accidente vascular cerebral y en cuyo estudio anatómico se descubrió el gran predominio de la obesidad en el abdomen con extensa infiltración grasa visceral. El segundo caso correspondía a un paciente varón de 63 años que también murió de un

accidente vascular cerebral. La descripción clínica y anatómica corresponde claramente a la de una obesidad androide con las comorbilidades asociadas (síndrome metabólico) (20).

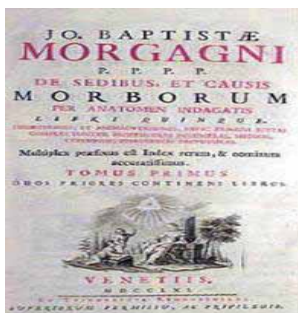


Figura 10: morgagni de Sedibus 1761.

A finales de este siglo algunos textos médicos refieren agudas y certeras intuiciones acerca del equilibrio calórico, de la importancia de la producción de calor y de la consideración de la obesidad como una enfermedad. Así E. Rigby (1785) afirma que la principal causa de la gordura es un exceso de ingesta en relación a las necesidades del organismo, ya sea por glotonería, por mayor aprovechamiento de los alimentos o por circunstancias que alteran el equilibrio entre necesidades y aporte. Así, Rygby resume que « ... retention of a matter of heat is a principal cause of animal fat».

Por otra parte, T. Beddoes (1793) afirma que la «corpulencia» era debida a un defecto en la oxidación de la grasa y recomendaba el incremento de aporte de oxígeno durante el ejercicio para facilitar la utilización de la grasa.

Al finalizar el siglo, concretamente en 1799, J. Tweedie delimita el concepto de enfermedad para la obesidad mórbida: «Corpulency is in very different degrees in different persons; and may be often considerable without being considered a disease but, howe-ver, there is a certain degree of it which Hill generally be allowed to be a disease».

----- 0 -----

OBESIDAD EN LA EDAD CONTEMPORÁNEA

Esta etapa de inicia desde la revolución francesa (1798), hasta nuestros días. (5).

Siglo XIX

Después de la revolución francesa, a inicios del siglo XIX, el principal y más prestigioso foco de la enseñanza de la Medicina se trasladó de Edimburgo a París.

Medicina francesa:

Durante las tres primeras décadas del siglo, la Escuela Clínica de París gozó de un gran prestigio. Cuatro claros avances caracterizan a dicha Escuela. El primero es la unificación de la cirugía y la medicina interna para constituir un único currículum de educación médica. El segundo es que el hospital se convierte en el centro de la práctica clínica y de la investigación médica. El tercero es la introducción de nuevos métodos para la exploración médica y el diagnóstico. Y, finalmente, el cuarto e importante avance es la introducción de la anatomía patológica como fuente de conocimiento en Medicina (7).

Figuras eminentes de esta época fueron **Bichat**, con su teoría tisular de la enfermedad, y **Laennec**, con sus estudios sobre la auscultación y su descubrimiento del estetoscopio. De hecho, el examen físico del aparato respiratorio, tal como hoy día lo conocemos, basado en la percusión y la auscultación mediante el estetoscopio, se inicia en estos años en los hospitales de París.

Durante esta época el interés por la obesidad o polisarcia (como era también denominada la acumulación adiposa en este período) se demuestra por el número de publicaciones que tratan del tema. Aunque el número de tesis doctorales disminuyó, el de monografías que trataban el tema aumentó de forma muy notable.



Imagen 11: Christian Wilhelm Hufeland
(1762-1836)

Las ideas sobre la obesidad, propias de este período de auge de la Medicina francesa, quedan resumidas en el texto dedicado a la «polisarcia» en el *Textbook of Medicine* de Hufeland (1842). Se reproduce a continuación el texto que hace referencia a la obesidad en los apartados de diagnóstico, patogenia y terapéutica:

«*Diagnóstico*. Excesiva acumulación de grasa en todo el organismo o en alguna de sus partes; formando externamente tumores adiposos (esteatoma); internamente, con acumulación alrededor del corazón, en el mesenterio y cubriendo los riñones. Los efectos son: impedir las funciones de la parte afecta y, cuando la afección es generalizada, dificulta la locomoción por sobrecarga del sujeto, altera la función general del organismo, dificulta la circulación, obstruye la secreción y excreción; produce inflamaciones erisipelatosas externas y abscesos; finalmente transición a la caquexia y a la hidropesía.

Patogenia. Inmoderado uso de los alimentos, especialmente de la carne, mientras que el ejercicio y la eliminación son escasos; un temperamento flemático, fibra y constitución laxa, supresión de las hemorragias habituales, por consiguiente aparición en las mujeres después de la cesación de las menstruaciones. En general, una disposición congénita tiene una gran influencia; algunos hombres continúan delgados aunque hagan una alimentación rica y otros se engordan a pesar de estar sujetos a una restricción alimentaria.

Terapéutica. La idea central del tratamiento es disminuir la ingesta y aumentar la eliminación de alimentos. Los principales remedios son, consiguientemente,

alimentos escasos, no nutritivos, vegetales, comida acuosa, ejercicio corporal intenso; poco sueño, excitación de aficiones mentales, promoción de todas las secreciones, especialmente de la respiración y evacuación; ayuno, tratamiento mercurial, en casos extremos yodo.»

En este texto reproducido persisten elementos culpabilizadores para el obeso y, entre consejos muy razonables, persisten recomendaciones absurdas, por otra parte también presentes en «remedios milagrosos» de la actualidad.

Transcurridas las tres primeras décadas del siglo, el máximo prestigio de la Medicina de la época se trasladó de París a Alemania

Medicina alemana:

Aquí se produjeron importantes avances basados en estudios de laboratorio. En los dos primeros tercios del siglo XIX, Alemania estaba dividida en diversos estados independientes. Estos estados contaban con un potente sistema universitario que favoreció un intenso ambiente competitivo e investigador centrado en las ideas de la *Naturphilosophy*, que invocaba que había una unidad en la naturaleza y que ésta tenía una historia temporal con bases importantes comunes de tipo filosófico (7).

El primer y más importante avance de la medicina alemana de la época fue el descubrimiento de la teoría celular. En primer lugar, el naturalista Matthias Jakob Schleiden (1804-1881), en su obra *Beiträge Zur Phylogenesis* (1838), en la que estudia el desarrollo de las plantas, sentó las bases de la teoría celular que poco después desarrolló Theodor Schwann (1810-1882) en su obra *Mikroskopische Untersuchungen* (1839), en la que destaca la similitud entre animales y plantas en cuanto a su estructura y crecimiento.

Poco después (1849), A. Hassall publica en *The Lancet* el trabajo titulado *Observations on the development of the fat vesicle*, en el que defiende la teoría, que tuvo gran prestigio hasta muy avanzado el siglo XX, de que algunos tipos de obesidad podían depender de un aumento del número de células adiposas.

Otra aportación importante de la Medicina alemana de esta época es el desarrollo de la teoría de la conservación de la energía. El fisiólogo y físico Hermann Helmholtz (1821-1894), en su obra *Über die Erhaltung der Kraft, eine physikalische Abhandlung* (1847), concluía que durante la actividad muscular se conservaban la masa y la energía. Esta teoría aportó una base para estudiar si los individuos obesos se comportaban de un modo distinto, debate, por otra parte, todavía no del todo cerrado en la actualidad.

Adolphe Quetelet:

La aplicación de los métodos cuantitativos en el estudio de la enfermedad representa un importante avance en la medicina de este siglo. El estadístico, matemático y sociólogo belga Adolphe Quételet (1796-1874) publicó en 1835 la obra *Sur l'homme et le développement de ses facultés: essai de physique sociale*, en la que establece la curva

Antropométrica de distribución de la población belga y propone que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura (Kg./ m^2). Este índice de Quételet, hoy día conocido como **índice de masa corporal (IMC)** y absolutamente generalizado como medición de la obesidad en estudios epidemiológicos y clínicos, fue olvidado, tras su descripción por su autor, hasta muy avanzado el siglo XX.



Figura 12: Adolphe Quételet

(1796-1874)

Medicina inglesa:

Durante la mayor parte del siglo XIX la medicina inglesa no alcanza la importancia que tuvo la Escuela de París y la Medicina alemana en cuanto a avances relativos al conocimiento del fenómeno morbosos. No obstante, la medicina inglesa durante esta centuria contó con importantes personalidades que contribuyeron de manera brillante a la descripción de semiología clínica, síndromes o enfermedades. Entre estos grandes nombres de la medicina clínica inglesa de la época deben ser citados Graves, Stokes y Corrigan, de la Escuela de Dublín, y Hodgkin, Bright, Addison y Gull, de la Escuela de Londres.

Las contribuciones de la medicina inglesa de la época en el campo de la obesidad se limitan a aspectos descriptivos en distintas obras. Una de las más importantes es el libro de W. Wadd (1829) *Comments on corpulency, lineaments of leanness*, en el que se describen diversos casos de obesidad mórbida y sus graves riesgos, entre los que destaca la muerte súbita, ya señalada por Hipócrates.

Los consejos terapéuticos revelan la dramática impotencia en el tratamiento de la obesidad grave, y oscilan entre los medicamentos «más ligeros» (homeopatía) y otros «más agresivos». Wadd señala que: «*Truly it has been said some Doctors let the patient die, for fear they should kill him, while others kill the patient, for fear he should die*».

El libro más importante sobre obesidad en lengua inglesa publicado en el siglo XIX es *Corpulence, or excess of fat in the human body* (1850), original de T.I. Chambers. (15) En esta obra el autor desarrolla interesantes ideas en distintas áreas. En la de la antropometría discute el concepto de «normalidad» y de «sobrepeso» a través de los valores obtenidos en 2.560 varones sanos. Estos datos parecen preceder a los publicados por Quételet. Chambers afirma que «si un hombre excede considerablemente el promedio de peso en relación a otros de la misma estatura, nosotros nunca debemos juzgar que este excesivo peso depende del músculo o del hueso sino del tejido adiposo».

En el área de la fisiopatología, Chambers desarrolla dos conceptos importantes: el primero es que el origen de la grasa humana depende de las partes oleaginosas de los alimentos ingeridos, y que aunque es posible que otros componentes no oleaginosos de la dieta puedan convertirse en grasa

dentro del cuerpo, este factor no desempeña un papel importante en la génesis de la acumulación adiposa; el segundo concepto importante es el que refleja la siguiente frase textual: «*For the formation of fat it is necessary that the materials be digested in a greater quantity than is sufficient to supply carbon to respiration*».

Este concepto del desequilibrio calórico es básico y recoge los experimentos de calorimetría de Lavoisier y la primera ley de termodinámica de Helmholtz (7). En el área clínica Chambers clasifica la obesidad según la edad de aparición y define certeramente que en la mayoría de los casos la obesidad en los primeros años de vida es reversible, pero no así en la edad prepuberal. Y en el área terapéutica el citado autor aconseja caminar y una dieta con una ingesta moderada de grasa, y también sugiere que el licor potásico tomado con leche puede ser útil, pero, en cambio, no aprueba el uso del vinagre o del yodo.

Un libro curioso relacionado con la obesidad y la medicina inglesa de la época es el titulado *A letter on corpulence addressed to the public*, original del abogado W. Harvey. En esta publicación, que probablemente es el primer libro popular sobre dietas, el autor expone el método dietético que le permitió adelgazar siguiendo los consejos de su médico, el Dr. W. Harvey.

Obesidad y sociedad:

A lo largo del siglo XIX el ideal de belleza femenina continuó vinculado a siluetas con formas redondeadas. Un par de textos literarios ilustran este concepto. Walter Scott, en *At Roman's Well*, escribe «...whom our excellent and learned Doctor looks with uncommon regard? Fat, fair and forty», said Mr. Winterblossom, «that is all I know of her...». La frase «fat, fair and forty», hoy día vinculada a la probabilidad de que una mujer padezca litiasis biliar, contiene la palabra «fair» que en el siglo XIX significaba de excelente apariencia... vinculada a la obesidad («fat») (9).

Otro texto literario muy demostrativo, que se reproduce textualmente, se encuentra en la obra *Beauty Illustrated Chiefly by an Analysis and Classification of Beauty in Women*, original de Alexander Walken (Londres, 1836): «Her face is round... her shoulders are softly rounded... her bosom, in its luxuriance, seems literally to protrude on the space occupied by her arms; her waist, though sufficiently marked, is, as it were, encroached on by the embonpoint of all the

contiguous parts, her hanches are greatly expanded; her thigs are large in proportion... the whole figure is soft and voluptuous in the extreme» (19).

Siglo XX

Primera mitad:

Al comenzar el siglo XX sigue vigente el prestigio de la medicina francesa y alemana, especialmente de ésta última. Tras la I Guerra Mundial, el cenit de la medicina empieza a desplazarse hacia Estados Unidos.

En esta primera mitad de siglo la obesidad suele ser clasificada en endógena o exógena, según predominen los factores genéticos, muy poco conocidos, o los exógenos (exceso de ingesta y sedentarismo). Al mismo tiempo se identifican las características de algunos tipos especiales de obesidad, sobre todo de tipo hormonal (síndrome de Cushing, hipotiroidismo).

En España, Gregorio Marañón (1887-1960), el creador de la Endocrinología en nuestro país, se ocupó de la obesidad, entre otros textos, en su monografía «*Gordos y flacos*» (1926) (21). En esta obra, Marañón repasa los conocimientos etiopatogénicos acerca de la obesidad de la época. Admite la multifactorialidad, aunque da demasiada importancia al factor endocrino, influido por el prestigio de la reciente especialidad. Entre sus agudas intuiciones clínicas hace una casi descripción del síndrome metabólico (diabetes, gota, arteriosclerosis), enfatiza la importancia para la salud de perder unos pocos kilos (4 o 5) e insiste en la importancia de la prevención dada la gran dificultad del tratamiento. Así, dice: «El obeso adulto, constituido, debe tener en cuenta que un adelgazamiento no será obra de un *plan médico*, sino de un *cambio total de régimen de vida*».

En Francia, en relación al tema de la obesidad, destaca la figura del endocrinólogo Jean Vague, quien realizó una precisa descripción del que muchos años después sería más conocido como síndrome X, metabólico o plurimetabólico, vinculado a la distribución topográfica androide o central de la grasa. La descripción inicial se realizó en 1947 en la *Presse Médicale* en el trabajo: *La différentiation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité* (22). Aunque este trabajo y otros posteriores, que definían claramente la obesidad androide, tuvieron amplia difusión y fueron aceptados, en general, por los clínicos europeos, la gran trascendencia de la distribución topográfica de la grasa en las complicaciones metabólicas y circulatorias de la obesidad no fue ampliamente reconocida por la comunidad científica internacional hasta su aceptación por los *National Institutes of Health* de Estados Unidos en 1989.

Segunda mitad:

Finalizada la II Guerra Mundial, Estados Unidos afianza su liderazgo en la investigación médica y, por tanto, también en el campo de la obesidad. Se inicia el estudio de la obesidad experimental y la profundización en los estudios metabólicos para mejorar la comprensión de los mecanismos de la acumulación adiposa. Asimismo se desarrolla la investigación en relación a la ingesta alimentaria y a su control, y empiezan a desarrollarse los métodos de modificación de la conducta alimentaria para el tratamiento de la obesidad.

Durante la segunda mitad del siglo XX se ha hecho un mantenido y creciente esfuerzo para mejorar los resultados terapéuticos en la necesaria lucha para tratar la obesidad. Pese a los esfuerzos realizados, los resultados han sido muy modestos y se ha constatado que la reganancia del peso perdido es casi constante, sea cual fuere el método empleado, excepto, quizás, en la cirugía bariátrica más agresiva.

Los consejos alimentarios y el aumento del ejercicio siguen siendo las recomendaciones indispensables, como en los tiempos más remotos, para tratar la obesidad.

La modificación conductual, el tratamiento psicológico y la utilización de fármacos son métodos que pueden ser útiles en muchos pacientes. La cirugía bariátrica para tratar casos seleccionados de obesidad mórbida ha tenido un creciente auge, paralelo al aumento de prevalencia de obesidad, en las dos últimas décadas del siglo XX y en este inicio del siglo XXI. Este creciente uso de la cirugía bariátrica y de sus técnicas más agresivas y malabortivas es un fehaciente exponente del habitual fracaso del tratamiento médico.

En el año 1994 se produce un descubrimiento de gran importancia en la investigación básica sobre la obesidad. La revista *Nature* publica el artículo *Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue*, debido al grupo liderado por J. Friedman de la Rockefeller University (Estados Unidos) (23). En esta publicación se describe el gen *ob* en el ratón, la proteína que codifica, la leptina, y el gen homólogo en el ser humano.



Figura 13: el ratón obeso tiene cinco veces más de grasa que su hermana normal y carece de un solo gen: ob.

El ratón *ob/ob* con el gen *ob* mutado y carente de leptina padece obesidad, hiperfagia, dislipemia, hiperinsulinemia y diabetes. Esta situación es reversible mediante la administración de leptina a estos animales. Las esperanzas de que este importante descubrimiento fuera útil en el tratamiento de la obesidad humana se desvanecieron pronto al descubrirse que los pacientes obesos cursan con hiperleptinemia. El descubrimiento de la leptina produjo una extraordinaria avalancha de publicaciones, una auténtica leptinomanía, que permitió avanzar no sólo en el conocimiento de los efectos reguladores de la leptina sobre el apetito en el ser humano, sino también, y especialmente, en el conocimiento de su función de señal de déficit nutricional y del nivel suficiente de reservas energéticas para poner en marcha la activación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en la pubertad.

El descubrimiento del grupo de Friedman estimuló de forma ingente la investigación en biología molecular y en genética en relación a la obesidad, lo que ha permitido aumentar nuestros conocimientos sobre la genética de la obesidad, la regulación del peso corporal y las funciones hormonales de la célula adiposa. En los últimos diez años, desde el año 1994 en que se descubrió el gen *ob* y la leptina, se han producido enormes avances en nuestro conocimiento sobre la genética de la obesidad. De unos pocos genes vinculados a la acumulación adiposa conocidos en 1994, se ha pasado al conocimiento de más de cuatrocientos genes que pueden tener relación con la predisposición a la obesidad (24). Este espectacular avance ha sido producido por estudios de genes candidatos y de escaneo genómico en humanos y en roedores, y también en modelos animales de obesidad espontánea y tras manipulación genética.

En el momento actual se ha podido identificar algunos casos, muy infrecuentes, de obesidad monogénica en el hombre y precisar las regiones genómicas, cuyas mutaciones pueden condicionar la mayor tendencia a la acumulación adiposa en la obesidad poligénica común. Como ya se sospechaba a lo largo de la historia, el componente genético que condiciona una mayor o menor tendencia a la obesidad varía en los distintos individuos y, en general, es mucho más importante en los pacientes que padecen obesidad mórbida.

Obesidad y sociedad:

En Estados Unidos, tras la I Guerra Mundial se produce un súbito cambio del ideal de belleza femenino entronizándose figuras femeninas andróginas, sin formas, de extrema delgadez. Este ideal de belleza de los años 20 se expande también en Europa. Así, Gregorio Marañón, en nuestro país, en su monografía, ya citada «*Gordos y flacos*» (1926) (25). hace referencia a la «moda de la delgadez» de la época y la defiende con insistencia por razones de tipo médico. En los años 30 hubo un breve retorno a la admiración de la figura femenina con curvas, con Mae West y otras actrices de cine de la época, pero tras la II Guerra Mundial la moda de la delgadez se afianza y extiende hasta nuestros días (19).

Como consecuencia, la obesidad ha sido estigmatizada social y culturalmente. Este hecho ha conllevado, como en otras épocas de la historia, una injusta culpabilización del paciente obeso, que aunque se ha intentado combatir racionalmente, persiste en buena parte de la sociedad actual.

La «moda de la delgadez» ha llegado en algunos momentos a notables excesos, como en el caso de algunas «modelos ideales» de alta costura. Una consecuencia negativa de esta tendencia es el incremento de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, que puede poner dificultades a las, por otra parte, necesarias campañas preventivas de la obesidad.

La estigmatización de la obesidad desde el punto de vista cultural, social y estético a lo largo de todo el siglo XX ha venido en buena parte ligada a la «moda de la delgadez» tal como ya se ha comentado. Un aspecto importante y de trascendencia en la lucha sanitaria contra la obesidad ha sido que los profesionales de ciencias de la salud, y más concretamente los médicos, también han participado, en su gran mayoría, en esta visión negativa de la obesidad y del paciente obeso. En un estudio (26) publicado en 1969, los médicos encuestados declaraban que les disgustaban los pacientes obesos y preferían no tratarlos. Estos médicos, representando a sus compañeros de profesión, incluidos los endocrinólogos, consideraban que la obesidad era una enfermedad no atractiva y que era consecuencia de una falta de control. Los obesos graves eran descritos como «débiles de voluntad» y «desagradables».

Los médicos encuestados tenían una visión de los obesos aún más negativa de la que tenían los pacientes de sí mismos. Esta actitud negativa de los médicos hacia la obesidad y hacia el paciente obeso, por otra parte muy extendida a lo largo de la historia, tiene un fuerte componente cultural, pero al mismo tiempo también está influida por el convencimiento de que la obesidad es un proceso «intratable», con una tendencia casi constante a la reganancia del peso perdido.

Los grandes avances alcanzados en la última década en el mejor conocimiento de la regulación del peso corporal y en la genética de la obesidad y la

necesidad de incrementar la lucha contra la acumulación adiposa quizás ayuden a cambiar algo las citadas actitudes de los profesionales de las ciencias de la salud. El reconocimiento del amplio componente genético en el desarrollo de la obesidad debería ayudar a disminuir la culpabilización del paciente obeso, pero por otra parte será difícil que promueva actitudes realmente activas y motivadas entre los profesionales mientras no se disponga de métodos terapéuticos más efectivos.

A continuación presentamos el hombre y la mujer mas obesos del mundo, **el; Jon Brower Minnoch** (1941 - 1983) 1,82 y 635 Kilos de peso, precisaba de 13 personas para poder moverlo de la cama, **ella; Carol Yager** (1960 - 1994) con 1,70 de estatura y 725 Kilos de peso, pasa por ser la mujer más gorda del mundo.



La epidemia del siglo XXI

Y se hubo que esperar hasta el año 1999 para que se publicara la Declaración de Milán, en la que los países pertenecientes a la Unión Europea asumieron que la Obesidad constituye un trastorno básico a partir del que se desarrollan comorbilidades de todo tipo (cardíacas, reumatológicas, digestivas, endocrinas, etc.). En 2002, la Organización Mundial de la Salud, en su resolución WHA 55.23, desarrolló la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física, y Salud, que fue aprobada por los estados miembros en mayo de 2004 (Resolución WHA 57.17), momento en el que se etiquetó a la Obesidad como "**epidemia del siglo XXI**".

En este inicio del siglo XXI los datos relativos al incremento de la prevalencia de obesidad resultan preocupantes. en países de nuestro entorno, la prevalencia de obesidad aumenta en la población adulta, y lo que es peor, también lo hace en la población infantojuvenil. Este hecho conlleva un incremento de las comorbilidades asociadas, especialmente la diabetes *mellitus* tipo 2, con el consiguiente aumento de los costos sanitarios y económicos. Por los citados motivos, la OMS ha considerado a la obesidad como «una epidemia del siglo XXI» y lidera junto a diversas instituciones y sociedades científicas una llamada internacional para luchar contra el sobrepeso y la obesidad (13-16).

La movilización para luchar contra la obesidad, como muy bien se detalla en la llamada del U.S. Department of Health and Human Services (2001), no sólo debe implicar a los profesionales sanitarios, sino también a los gobiernos, a los servicios de salud pública, a la industria alimentaria, a la restauración colectiva, a los educadores, a los técnicos en urbanismo y espacios públicos para facilitar el deporte la actividad física, y al público en general.

Una esperanza en estos inicios del siglo XXI es que los avances científicos, especialmente en genética, puedan contribuir en el futuro a la indispensable lucha contra la obesidad. Es muy dudoso que la terapia génica pueda aportar en un plazo razonable un progreso significativo, entre otras razones por la excepcionalidad de las formas monogénicas de obesidad, pero quizás el conocimiento de la alteración génica pueda facilitar la elección de las mejores estrategias relativas a la distribución de los componentes de la dieta y a la mayor o menor importancia de la actividad física.

Otra esperanza, quizás más previsible, es que el mejor conocimiento de los mecanismos de regulación del peso corporal pueda contribuir al futuro desarrollo de medicamentos más eficaces de los que hemos podido disponer hasta ahora para el tratamiento de la obesidad.

Últimamente y tras el descubrimiento de hormonas como la Leptina, Adiponectina, y neurotransmisores como el Neuropeptido Y (por citar los más importantes), el interés por esta patología ha crecido y como consecuencia, se han desarrollado fármacos como el Orlistat, la Sibutramina y el Rimonabant (ya en el mercado) y otros en desarrollo como el Tanabanant. Todos ellos vienen a complementar los dos pilares básicos para el tratamiento de la Obesidad establecida que son la Actividad Física y la Alimentación.

Pero, posiblemente el reto más importante que tienen las sociedades de los países industrializados es la Prevención.

Teniendo en cuenta la modificación del ocio y de los hábitos dietéticos con el acceso a alimentos de alta densidad energética y al sedentarismo, es prioritario actuar antes de que se desarrolle la Obesidad, sobre todo en los repuntes de la segunda infancia y la adolescencia pues los adolescentes obesos serán los que desarrollen enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus Tipo 2 en la década de los treinta. Si hoy sabemos que esta enfermedad es la primera causa de infartos de miocardio, ceguera e insuficiencia renal, estamos ante un reto importantísimo no sólo para las futuras generaciones sino para la sociedad actual.

----- o -----

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y del Riñón.
- (2) Fred F. Ferry, consultor clínico de medicina interna pag. 617.
- (3) Wilding J. Obesity treatment. Br Med J 1997; 315: 997-1000.
- (5) Gloria M Delgado de Cantú, Gloria M Delgado de Cantú Julieta de Jesús, Cantú Delgado Yolanda Martínez Magallanes, Julieta de Jesús Cantú, Delgado, Yolanda Martínez Magallanes. Historia Universal: De la era de las revoluciones al mundo globalizado. Publicado por Pearson Educación, 2006.
- (6) Mario Foz. Historia de la obesidad.

(7) Bray GA. Obesity: Histórica development of scientific and cultural ideas. *Int J*

Obes Relat Metab Disord 1990;14:909-926.

(8) Hernan Velez, William Rojas, Jaime Borrero, Jorge Restrepo. *Endocrinología* 2006, pag. 391.

(9) Jeffcoale W. Obesity is a disease: food for thought. *Lancet* 1998;351:903-904.

(10) Amigos de la egiptología, La nutrición y hábitat, su relación con la enfermedad y muerte del hombre egipcio. (2ª parte). **Artículo del mes en el Boletín Informativo de AE (BIAE) Año III-numero XXV - julio 2005.**

(11) Melvin H. Williams. Nutrición para la salud, la condición física y el deporte:

Para la salud, la condición física y el deporte, 2003. pag. 328.

(12) Basilio Moreno Esteban, Susana Monereo Megías, Julia Á lvarez Hernández.

Obesidad: La epidemia del siglo XXI. publicado por Ediciones Díaz de Santos, 2000. pag. 191.

(13) Margarita Alonso. La alimentación y la nutrición a través de la historia, pag 329, 330, 331.

(14) Luis-Pablo Rodríguez Rodríguez, Saúl García Blanco, Julio Ponce Vázquez. compendio histórico de la actividad física y el deporte. Publicado por Elsevier. España, 2003. pag 96.

(15) Gerardo Vidal Guzmán. Retratos de la antigüedad griega. Publicado por Ediciones Rialp, 2006. pag. 95.

(16) Stunkard AJ, LaFleur WR, Wadden TA. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998;22: 1141-1144.

(17) Empresa Periodística La Nación S.A. 2005 Registro 136.898. Miércoles 31 de agosto de 2005.

(18) Ramón Menéndez Pidal, José María Jover Zamora. Historia de España.

Publicado por Espasa-Calpe, 1935, pag.299.

(19) Powers PS. Social and cultural factors in obesity. En: Powers PS (ed). *Obesity*.

The regulation of weight. Baltimore: Williams and Wilkins Co., 1980; 201-243.

(20) Enzi G, Busetto L, Inelmen EM, Coin A, Sergi G. Historical perspective: visceral obesity and related comorbidity in Joannes Baptista Morgagni's «De sedibus et Causis Morborum per Anatomem Indagata». *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27:534-535.

(21) Marañón G. *Gordos y flacos*. 3ª ed. Madrid: Espasa Calpe, 1.A, 1936.

(22) Vague J. La différentiation sexuelle, facteur déterminant des formes de l'obésité.

Press Méd 1947;55:339-340.

(23) Zhang Y, Proenca R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. Positional

cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature* 1994;372:425-432.

(24) Snyder EE, Walts B, Pérusse L, Chagnon YC, Weignagel SJ, Rankinen T, Bouchard C. The human obesity gene map: the 2003 update. *Obes*

Res 2004;12:369-439.

(25) Marañón G. *Gordos y flacos*. 3ª ed. Madrid: Espasa. Calpe, 1.A, 1936.

(26) Maddox GL, Liederman V. Overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ*. 1969;44:214-220.

(27) WHO. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Ginebra: World

Health Organization, 1997; 17-40.

(28) Foz M. «La Declaración de Milán». *Med Clin (Barc)* 1999;113:494-495. *Nut Obes*

1999;2:217-218.

(29) U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity. (Rockville, MD): U.S.

Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; (2001). Washington: U.S. Government Printing Office, 2001.

(30) Foz M. Una nueva llamada internacional para la lucha contra la obesidad. *Form Cont Nutr Obes* 2002;5:153-156.

Autor:

Licenciado Hever Falcon Tomayconza

<http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad2.shtml>