
La obesidad en niños y adolescentes; un problema complejo

J. Bras i Marquillas

Pediatra, CAP Poble Nou, Barcelona.

Rev Pediatr Atención Primaria. 2005;7:189-191

Josep Bras i Marquillas, jbrasm@menta.net

La sociedad opulenta engorda, la de renta baja desnute. Qué raro, ¿verdad?

Con un genotipo adaptado a sobrevivir en las carencias crónicas (homeostasis metabólica ahorradora, lipogénica), ahora andamos en la opulencia crónica, acumulando grasa sin límites.

El cambio de entorno está generando adaptaciones fenotípicas, pero a la larga esperemos que sean genotípicas, que resulta más cómodo. Imagínense que el genotipo nos regulase el tipo.

Algunas generaciones, las de la llamada transición nutricional, propia de un país en fase de rápido crecimiento y desarrollo, se vieron desbordadas por la imprevista sobrecarga dietética de glucidos (hiperinsulinismo), lípidos (esteatosis, cetosis, decalcificación) y prótidos (hipertensión, hiperuricemia), y fueron

vencidas por la avasalladora dictadura de la comodidad (coche, ascensor, sofá, televisión, vídeo, zapping, ¡incluso el teléfono acude a nosotros!). Ahora, vistos los resultados en obesidad y otras patologías acompañantes, bueno será empezar a ejercer una corrección cultural adaptativa, basada en modificar la dieta y el sedentarismo. Sin buscar culpables, simplemente con mirada objetiva, amplia, con inteligencia, habilidad y objetivos realistas.

Y bueno es que nuestra Administración llegue a tiempo (y perdónenme nuestros gobernantes, pero yo añado: me resulta casi increíble) y se proponga liderar o impulsar este proceso activo de corrección, caracterizado por ser un proceso social global, multisectorial, a largo plazo y de gran interés ciudadano. Esta propuesta está contenida en la es-

trategia NAOS auspiciada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y hay que destacar que sobre el papel está muy bien diseñada y elaborada. Ignoro su financiación y potencia real.

Como cualquier proceso de corrección, se enfrentará a una inercia estructural, tendrá (tendremos) una marcha muy larga, y probablemente habrá altos índices de fracaso iniciales. Y hay que asumirlo. Hay que recordar como ejemplo la lucha antitabáquica.

Pensemos simplemente en algunos pequeños detalles: los intereses económicos inicialmente contrarios, las inercias culturales históricas arraigadas, como la tradición gastronómica, la rutina social que asocia hiperfagia a vitalidad o vitalismo, la imagen bonachona y adorable de la obesidad, la asociación amor-hijos-alimentación ("a mis hijos que no les falte de nada"), el tránsito rápido del potaje a la comida rápida *imperial*, o la socorrida a domicilio, o en restaurante, porque nadie puede perder tiempo cocinando. Y cenamos con la tele (eso sí, viendo deportes). La familia, más que un entorno de relación, ya empieza a parecer más bien una unidad de producción y consumo con niños en medio.

Pensemos, también, en el marcado déficit normativo de nuestros padres ac-

tuales, con déficit de contención y una tendencia a las regresiones orales y a la alimentación compulsiva (chupeteo persistente, mordisqueo lúdico, comedores maníacos).

O en los excesos de grasas ocultas en algunas carnes, el abuso cultural de los jóvenes en saborizantes (pensemos en el *ketchup* y la mostaza como condimentos, ¡hasta en la sopa!).

Ante un problema social, multicausal, que avanza de forma imparable, sólo una intervención envolvente, multiescenario, bien dotada de recursos (siempre serán menores que los que cuesta la obesidad) y evaluada de forma imparcial es la única posible respuesta coherente. Su efectividad está por ver, pero las actuaciones anteriores ya revelaron su ineffectividad.

Los pediatras y todos los sanitarios obviamente ayudaremos desde las consultas y, si es preciso, en revistas, tele o radio. Empezaremos por registrar sistemáticamente el IMC en cada control. Pero somos colaterales. Porque el problema de la obesidad es antropológico. Sanitarias son sólo sus secuelas.

Por cierto, un problema teórico, pero gordo. Si las curvas de crecimiento se calculan en una población con más del 30% de afectos de sobrepeso y el 15%

de obesos, supongo que todas las curvas también engordarán, y entonces los percentiles, complacientes, subirán. Y ¿cómo definiremos entonces la obesidad?

Ver también en este número:

- Obesidad en la infancia y adolescencia. Revisión. J. Bras i Marquillas (página 33).
- Prevención de la obesidad infantil.

- J. Colomer Revuelta y Grupo Prev-Infad (página 79).
- Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, Prevención de la Obesidad). Ministerio de Sanidad y Consumo (página 165).

