

La medicalización de la obesidad. Concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con “exceso” de peso

(Medicalization of obesity: Conceptions and experiences of fatness in young people with “excess” of weight)

Gracia Arnaiz, Mabel

Univ. Rovira i Virgili. Fac. de Lletres. Dept. Antropologia, Filosofia i Treball Social. Avda. Catalunya, 35. 43002 Tarragona
mabel.gracia@urv.cat

BIBLID [1137-439X (2011), 34; 225-241]

Recep.: 04.05.2010
Acep.: 16.06.2011

Mediante un análisis de las representaciones y experiencia de la gordura entre la juventud catalana, mostramos que el rechazo hacia las personas gordas ha aumentado coincidiendo con la definición de la obesidad como enfermedad. La medicalización de la gordura, lejos de contribuir a desculpabilizar a las personas obesas ha contribuido a estigmatizarlas aún más.

Palabras Clave: Obesidad. Medicalización. Jóvenes. Expertos. Estigmatización. Dieta.

Kataluniako gazteen artean gizentasunak dituen irudikapenak eta horren esperientzia direla bide, erakusten dugu pertsona gizenen arbuioa areagotu egin dela obesitatea gaixotasun gisa definitzearekin batera. Gizentasunaren medikalizazioak, pertsona obesoei errudun ustea kentzen lagundu beharrean, horiek gehiago estigmatizatzea ekarri du.

Giltza-Hitzak: Obesitatea. Medikalizazioa. Gazteak. Adituak. Estigmatizazioa. Dieta.

Au moyen d'une analyse des représentations et de l'expérience de l'embonpoint parmi la jeunesse catalane, nous montrons que le rejet des personnes corpulentes a augmenté, coïncidant avec la définition de l'obésité en tant que maladie. La médicalisation de l'embonpoint plutôt que de contribuer à déculpabiliser les personnes obèses, a contribué à les stigmatiser encore plus.

Mots-Clés : Obésité. Médicalisation. Jeunes. Experts. Stigmatisation. Diète.

Mediante una aproximación etnográfica al estudio de la obesidad en el ámbito de la asistencia sanitaria e internet, en este artículo presentaremos una parte de los resultados de un estudio que ha tenido como finalidad el análisis de las experiencias y representaciones de “ser” y “estar” gordo entre la juventud catalana¹. Nuestro objetivo principal ha consistido en averiguar si la gordura ha condicionado sus trayectorias personales y sociales y si, concretamente, ha favorecido formas específicas de discriminación en los ámbitos familiar, formativo y/o lúdico. Mostraremos que el rechazo a las personas gordas ha aumentado coincidiendo no solo con la reprobación moral del “exceso” (corporal y/o alimentario) o con la mercantilización de la delgadez y la salud, sino con la reciente definición de la obesidad en tanto que enfermedad. El proceso de medicalización de la gordura, lejos de contribuir a desestigmatizar a las personas obesas, deviene una vía para (re)significarla.

1. NO ENGORDARÁS: DE LA LIPOFOBIA AL LIPOFOBISMO

Por su dimensión diacrónica y comparativa, buena parte de los estudios históricos y etnográficos sobre prácticas alimentarias y corporales han constatado que los comportamientos de restricción o hartazgo que hoy se conciben como patológicos, en épocas anteriores y entre determinados grupos sociales fueron incluso admirados y, lo más importante, fueron experiencias no vividas ni calificadas como enfermedad (Brumberg, 1988; Hepworth, 1999; Gracia y Comelles, 2007). En relación con la corpulencia, estos

1. Con el soporte de programas de I+D del Ministerio de Educación y Ciencia, el Instituto de la Mujer y la Generalitat de Catalunya, miembros del grupo de investigación consolidado del GIAFITS (Universidad Rovira i Virgil) iniciamos en el año 2000 una línea de estudios sobre alimentación, género y salud. En 2006, con el apoyo del MEC y la AGAUR, yo misma comencé un estudio sobre las dimensiones sociales de la obesidad en CIESAS (México, DF) y en la Université de Toulouse (Francia) que hoy continúa desarrollándose dentro del proyecto del Plan Nacional I+D: *La emergencia de las sociedades obesogénicas* (CSO2009-07683) y del estudio financiado por la Secretaria de Joventut de la Generalitat de Catalunya *Joves grassos, pobres joves?. Formes de discriminació i resistència a l'entorn de l'obesitat* (AJOVES 2008 00017). En el equipo de la URV participan Xavier Allué, Lina Casadó, Josep M. Comelles, Montserrat Garcia, Lluïsa Maldonado, Julia Ledo, Miquel Arenas, Maria Antònia Montserrat, Anallía Abt, Julia Navas y Laia Ventura.

El trabajo se está desarrollando en tres niveles de análisis principales: a) revisión bibliográfica centrada en la literatura socioantropológica y epidemiológica, b) estudio de las recomendaciones nutricionales y estrategias sanitarias estatales y autonómicas y c) etnografía realizada en Cataluña en la red asistencial y en Internet. Hemos trabajado en dos hospitales públicos, dos centros de atención primaria y un establecimiento privado dedicado a la prescripción de dietas y productos para adelgazar. Con el fin de aplicar técnicas de análisis cualitativas (observación directa, entrevistas en profundidad y grupos focales), hemos seleccionado un número de informantes relativamente reducido. Por un lado, hemos entrevistado a 20 jóvenes diagnosticados de obesidad en edades comprendidas entre los 15 y 30 años y 5 jóvenes-adultos entre 30-35 años, siendo el 56% mujeres y el 44% hombres. Por otro lado, hemos incluido en el estudio, 5 padres de jóvenes con sobrepeso, 5 educadores de secundaria, 8 profesionales sanitarios y 7 jóvenes sin sobrepeso. En internet, hemos analizado los intercambios escritos de personas registradas en los foros de www.adelgazar.com y www.obesos.org. La recopilación de los verbatims no ha sido fácil, ya que ha costado encontrar usuarios que cumplieran con los requisitos relativos a la edad y la procedencia y, además, fueran autores de textos que abordaran los temas definidos como prioritarios. Finalmente, hemos localizado 18 jóvenes residentes en Cataluña.

trabajos señalan que estar gordo, por un lado, y comer abundantemente, por otro, no solo no se han considerado una enfermedad o conductas reprobables, sino todo lo contrario (de Garine & Pollock, 1995). La gordura ha sido bienvenida, y lo es todavía, en numerosas sociedades. La glotonería y los hartazgos pueden ser una práctica socialmente aceptada e incluso valorada que, además, no todo el mundo puede permitirse. En los contextos donde los periodos de escasez alimentaria no son inusuales las personas corpulentas han tenido más probabilidades de sobrevivir. Mientras que estar delgado se ha asociado a enfermedades terribles, estar gordo ha denotado estatus y, a menudo, belleza o atractivo sexual.

En las sociedades industrializadas, contrariamente, la (*lipo*)fobia (Fischler, 1995), entendida como el rechazo sistemático de las grasas y el temor a engordar, constituye un fenómeno relativamente reciente. Y subrayamos que es relativamente reciente, porque si bien la preocupación por el peso y las formas corporales aumenta durante el siglo XX, la problematización del exceso no es en absoluto actual (Vigarello, 2009). Ya en la antigüedad clásica y en la tradición judeocristiana los imaginarios culturales en torno a la gordura fueron ambivalentes (Csergo, 2009), oscilando entre la burla y el menosprecio, el respeto y la diversión o la sensualidad y la salud. Aunque la biomedicina ha tendido a negligir el papel que juegan estos imaginarios creyendo que sus definiciones de enfermedad están alejadas de los fundamentos éticos o estéticos, lo cierto es que sus concepciones de la gordura están en buena parte influidas por las maneras de hacer y pensar predominantes en cada contexto. Ciertamente, el exceso de peso y sus posibles riesgos sanitarios ya habían llamado la atención a los médicos de la antigüedad. Hipócrates la relacionó con la muerte súbita y la esterilidad, y Celso vinculó las barrigas prominentes de las élites con la ingesta abundante de dulces y grasas. También la gordura interesó a los médicos de la Edad Media, estableciendo relaciones entre el exceso de peso y el consumo de alimentos. En los diccionarios médicos, la obesidad empezó a ser incluida a partir del XVIII, y los trabajos sobre la clínica, la patología y la terapéutica se multiplicaron durante el XIX, planteándose como un estado del cuerpo ligado a problemas funcionales que afectaban el metabolismo de las grasas.

El fenómeno de la *lipofobia* se consolida a lo largo del siglo XX coincidiendo con la consecutiva transformación del estatus epistemológico otorgado por la medicina a la gordura y con la promoción de la delgadez (Gracia, 2010). El conocimiento médico, junto a otras formas de conocimiento, incluye concepciones y prácticas que están en dependencia de los determinantes socio-históricos en que se dan y que son constantemente renegociadas. Dichas construcciones condicionan las diferentes maneras de percibir y representar el cuerpo, la comida y la enfermedad. Hoy los juicios negativos sobre la gordura son mayoritariamente compartidos. En esta negativización han jugado un papel relevante la moral del Occidente Cristiano reclamando prudencia y mesura en la comida y menospreciando la glotonería, la evolución del conocimiento científico demostrando la estrecha relación entre dieta y salud, y los cambios habidos en las representaciones del cuerpo, que han convertido la delgadez en signo de salud y distinción social y la obesidad en todo lo contrario.

Todos estos procesos se han ido retroalimentando entre sí (Contreras, 2002). La canonización del cuerpo delgado ha ido acompañada de una transferencia de valores de la que el estamento médico ha sido el beneficiario en detrimento de la autoridad religiosa. El Bien, los ideales de la perfección, de pureza, que antaño se correspondían con valores trascendentales, ahora se corresponden con una “buena salud” corporalmente idealizada. El Mal, los pecados, tales como el abandono a los apetitos del cuerpo, la golosina, la lujuria, la pereza... ya no son castigados con el infierno después de la muerte, sino que conducen a infiernos más inmediatos: la enfermedad, el envejecimiento, la gordura... todos ellos signos patentes de pecados contra la higiene corporal y alimentaria (Apfeldorfer, 1994: 31). Aunque la medicina ha señalado numerosas causas funcionales relacionadas con la acumulación excesiva de grasas (metabólicas, genéticas, medicamentosas, hormonales) los gordos, en adelante, van a ser vistos como “grandes” comedores, es decir, como personas que se sobrealimentan. Esta concepción está ligada, en parte, a la interpretación moral que la ciencia ha hecho de las denominadas *sociedades de la abundancia*. La actual definición de la obesidad como patología debida a la acumulación excesiva de grasa coincide, curiosamente, con el único periodo de la historia de la humanidad en que la profusión alimentaria se ha hecho posible en determinados contextos, fruto de los cambios ocurridos durante el siglo XX en la producción, distribución y consumo de los alimentos. La gordura no es más que una especie de “tara” que acompaña el proceso civilizatorio. La imagería patológica que rodea la obesidad sirve, en realidad, para expresar una preocupación por el orden social, adquiriendo un sentido punitivo. En este caso, es una señal de una sociedad que va mal y las personas gordas, en tanto que transgresoras del orden, deben ser reprendidas (Sontag, 2005).

Al compás del proceso de normalización dietética y corporal (Gracia, 2009a), la estigmatización de los gordos ha ido en aumento, acusados de ser una especie de *delincuentes* nutricionales (Basdevant, 2009: 120). Aunque discursivamente se acepta que la diferencia es un valor y un trazo característico de los seres humanos, en el caso de la corporalidad, saltarse la norma por exceso constituye casi un delito. De hecho, de los dos estereotipos que según Fischler (1995) se han construido en occidente en torno a la gordura –el gordo-goloso aceptado socialmente por simpatía y el gordo-glotón rechazado por ser egoísta y ocioso–, ha triunfado finalmente el segundo, entendiéndose que las personas obesas comen desenfrenadamente, transgrediendo las normas de la compartición y disciplina. La delgadez no solo es presentada como atractivo sino que se asocia con la mesura, el esfuerzo y la disciplina. En cambio, la gordura es considerada física y moralmente insana, obscena, propia de perezosos y de glotones. Las evaluaciones positivas y negativas del físico se proyectan, por inferencia, a los patrones típicos de conducta correlacionados con atributos morales: autocontrol y autoindulgencia, respectivamente. El resultado es semejante al que se produce entre otros colectivos estigmatizados: los gordos acaban siendo discriminados por sus atributos físicos y comportamentales con efectos específicos en las relaciones personales y vida cotidiana. Si, como hemos dicho antes la *lipofobia* es el temor o rechazo sistemática a las grasas o a engordar, el *lipofobismo* surge del trato discriminatorio que las personas reciben por su condición de gordas.

2. LA OBESIDAD, ¿ES UNA ENFERMEDAD?

En apenas una década, la medicina ha cambiado el estatus epistémico de la obesidad (Poulain, 2009). Ha pasado de ser considerada un simple factor de riesgo, a una patología crónica y más recientemente a ser una epidemia mundial. Las teorías termodinámicas que relacionan el gasto energético según las diferentes condiciones de existencia y según el contenido calórico de los alimentos marcan, de hecho, la actual concepción de la obesidad en base a la idea de “desequilibrio” entre lo consumido y lo gastado. Dicho desequilibrio es el causante de la acumulación anormal de grasa. En la medida que el exceso de peso es concebido como un factor de riesgo para la salud, se establecen mecanismos para su medición y control. En primer lugar se crea la categoría de “peso corporal” (Hacking, 2005) y, a partir de esta, otras que fijan la normalidad ponderal, tales como bajo-peso, normo-peso y sobrepeso.

Los indicadores de medición, como el Índice de Quételet o IMC (Índice de Masa Corporal), sirven para establecer qué peso, en función de la altura de una persona, es saludable. A pesar de que sus umbrales han sufrido diversas modificaciones en las últimas décadas y se ha discutido ampliamente sobre sus límites. La cuestión más relevante para la biomedicina es decidir a partir de cuándo el exceso de peso/grasa deviene insano. La definición de la obesidad se ha fundado básicamente sobre una relación estadística epidemiológica entre IMC y patología. El IMC óptimo se fija entre 18.5 y 25 kg/m². Por debajo del límite inferior, se observa sobre-mortalidad/morbilidad por enfermedades vinculadas a la malnutrición o el cáncer, y por encima, por enfermedades metabólicas, hipertensión arterial o problemas cardiovasculares.

El umbral crítico para que una persona sea diagnosticada de obesidad y, por tanto, considerada enferma, se sitúa en 30 Kg/m². Sin embargo, el IMC no se refiere directamente a la composición corporal, ni siquiera a la distribución de la grasa. Un *bodybuilder* puede tener un índice de masa corporal superior a 30 y no ser obeso, sino estar muy musculoso. Así, aunque el IMC es un indicador con poco interés en el plano individual (Basdevant, 2009), se ha convertido en la herramienta cuantitativa con más poder para definir el carácter patológico del exceso de peso.

Preguntándose si la obesidad es realmente una enfermedad, Heshka and Allison (2001) se cuestionan que su reconocimiento como un problema de salud pública relevante haya tenido que lograrse a través de esta clasificación. Aunque en *The Consensus Development Conference on Obesity* (USA), el Instituto Nacional de la Salud convino en 1985 referir la obesidad como una enfermedad y la Clasificación Internacional del Enfermedades (CIE-9, 9ª edición y CIE-10) contiene entradas para obesidad, algunos estudiosos reclaman la necesidad de discutir sobre la adecuación del término. Para estos autores, tal como ahora se la define, no cumpliría con los criterios usados habitualmente para establecer qué es, o no es, una patología:

- a) condición del cuerpo, sus partes, órganos o sistemas, o una alteración de los mismos;
- b) resultado de una infección, parásitos, nutrición, dietética las causas ambientales, genéticas, o de otra índole;
- c) característica identificativa, un grupo de síntomas o signos;
- d) desviación de la estructura o función normal (descrito como estructura o funcionamiento anormal; función incorrecta; deterioro del estado normal, interrupción, perturbación, cesación, desorden, alteración de la integridad física o funciones de los órganos).

Heshka and Allison se cuestionan en qué medida la obesidad encaja e esta definición de la enfermedad, especialmente en relación con las condiciones tercera y cuarta. El punto (c) plantea un problema. De hecho, la obesidad puede ser diagnosticada visualmente por las proporciones físicas del sujeto o con la ayuda de medidas de altura y el peso. Sin embargo, no hay otros indicios que caractericen singularmente la obesidad. Sus acompañantes más habituales, la diabetes o la hipertensión, no siempre están presentes. Así pues, la condición (c) se puede tener, pero solo en un sentido circular o tautológico: el único signo característico para la identificación de la obesidad es también la característica principal que la define, es decir, la gordura. Por otro lado, constituir un factor de riesgo en el diagnóstico de otras enfermedades crónicas no es suficiente para soportar una definición de enfermedad.

En torno al punto (d) aparece otro problema. Si bien es cierto en el caso de la obesidad puede haber una alteración o impedimento sustancial de las funciones físicas, no siempre es así. Esto es más obvio en los casos de gordura extrema. En tales casos, el exceso de grasa usualmente va acompañado de varios signos de deterioro físico que pueden aumentar según el volumen corporal. Sin embargo, el deterioro no es inevitable o incluso habitual en la mayoría de las personas que cumplen con el IMC igual o superior a 30 kg/m². En contraste con la obesidad mórbida, la leve o moderada solo advierte de un posible deterioro, en la medida en que ser un factor de riesgo confiere, por definición, mayores probabilidades de sufrir situaciones adversas en un futuro. Sin embargo, la asociación con estos posibles daños es solo probabilística. No se puede predecir quienes desarrollarán una obesidad relacionable con un problema de salud. De hecho, algunas personas que cumplen los criterios para la obesidad vivirán una larga vida larga, libre de la morbilidad asociada al sobrepeso. Por lo tanto, conceptualmente es incómodo considerar la obesidad como enfermedad cuando para muchas personas no implica aflicción. Numerosos obesos funcionan como miembros competentes en su sociedad. Tampoco estas personas necesariamente se consideran a sí mismas impedidas, salvo quizás en la medida en que se sienten víctimas de la discriminación social.

Por tanto, no parece ni necesario ni lógico tener que etiquetar la obesidad de enfermedad para que sea tomada en serio. Aunque ciertamente muchos estados tienden a dejar al margen de la atención médica y a no asumir los

costes terapéuticos de aquellos problemas que no están dentro de la categorización de enfermedad, en el caso de la obesidad no parece que esté siendo así al menos en España. La medicalización ha sido rápida y son múltiples las políticas emprendidas para tratar de frenarla. Las medidas se han centrado, sobre todo, en la responsabilización individual y la educación nutricional, promocionando la dieta óptima y el ejercicio regular para combatirla (Gracia, 2009). Sin embargo, si algo se ha logrado con esta categorización ha sido, de momento, legitimar la epidemia de “estar a dieta” en buena parte como consecuencia de lo que Hacking (2005) define, a su vez, como la epidemia de los discursos sobre obesidad. Paralelamente, la generalización de los mensajes anti-gordura ha servido también para aumentar la estigmatización de las personas gordas, su sufrimiento y su culpabilidad.

3. CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS BIOMÉDICAS EN TORNO A LA OBESIDAD

La obesidad es una reprobación de todo el cuerpo social, y su rechazo masivo influye, sin duda, en las concepciones y prácticas biomédicas (Apfeldorfer, 2009: 136). El ámbito sanitario promueve discursos normativos y, en parte, también estigmatizantes. En efecto, la ambivalencia acompaña la definición de la obesidad como enfermedad y de las personas obesas como enfermas. Si desde la concepción biomédica los jóvenes gordos son considerados víctimas de una sociedad permisiva, y por tanto enfermos, por otro lado también son identificados como personas que transgreden los modelos normativos para evitarla –la dieta óptima y el ejercicio físico– y, en este sentido, son vistos como culpables. Así, si bien es cierto que el concepto de enfermedad suele implicar una exculpación al paciente respecto de su estado patológico, en el caso de la obesidad este requisito no se cumple necesariamente. Entre quienes discuten sobre las causas de la obesidad, están los que mantienen que esta tiene, en parte, un carácter autoinfligido debido a los malos hábitos alimentarios y al consumo excesivo de comida, de tal forma que los obesos no deberían ser exonerados de su responsabilidad (Heshka & Allison, 2001). Mientras que durante la infancia la responsabilidad de estar gordo se fija, primero, en torno a la familia y sus hábitos alimentarios y de actividad física, durante la adolescencia y juventud la culpabilidad se subjetiviza y la causalidad se fija en relación a la adecuación, o no, de las conductas individuales. Las motivaciones no-rationales que guían las elecciones alimentarias de los jóvenes, la falta de educación nutricional o el ejercicio regular insuficiente son los argumentos biomédicos más comunes para explicar, de forma limitada y reduccionista, el aumento de la obesidad juvenil.

La gordura ha ido adquiriendo sus cualidades negativas a través del modo en que la sociedad ha ido interpretándola. La biomedicina ha legitimado una forma particular de concebirla. La mayoría de médicos de los centros asistenciales catalanes menciona la concurrencia de factores endógenos –genéticos, hormonales, metabólicos– en el origen de la obesidad: “hay gente que se engorda más y otra que no se engorda comiendo lo mismo... probablemente hay un componente genético, pero no lo sabemos medir...” (médica endocrinóloga). Algunos apuntan que el desequilibrio energético puede deberse

a cuestiones funcionales: “las causas de la obesidad son multifactoriales. No solo es comer mucho y no quemar, es comer mucho, no quemar y tener un metabolismo que te predispone a estar así...” (médico pediatra) e, incluso, reconocen ciertos límites en la constatación de que la obesidad sea inexorablemente una enfermedad:

[...] hay cosas que se dan por ciertas que tampoco están demostradas, no todo el mundo que tiene sobrepeso está enfermo... no sé si tampoco es muy conveniente demonizar a esta gente, en el sentido de hacerlos entrar en la dinámica de una enfermedad (CAP médico de familia).

No obstante, el planteamiento relativista es muy infrecuente entre los clínicos y lo más común es centrar la etiología de la obesidad en torno a los factores externos y, en particular, en la cantidad de comida consumida.

Aunque puntualmente se nombran los ya consabidos motivos ambientales como agentes explicativos: “tenemos transporte, ordenadores... la gente no camina...” (médico nutricionista), el origen del problema se traslada fácilmente hacia las conductas individuales y, en particular, a lo que se consideran estilos de vida inadecuados, como si estos no dependieran, a su vez, de factores estructurales: “el obeso es una persona que consume el máximo y gasta lo mínimo” (endocrinóloga). Efectivamente, se cree que la principal causa de la obesidad es la ingesta excesiva de alimentos poco saludables. A un exceso de grasa, le corresponde un exceso de comida. Los jóvenes, según buena parte de los clínicos, no saben o, sobre todo, no quieren comer correctamente. Les falta disciplina familiar y voluntad personal:

[...] los hábitos alimentarios adquiridos en casa son muy importantes, si no se les educa desde pequeño y se les consiente todo lo que les gusta... Ellos tiran por lo cómodo, por lo que el paladar acepta mejor, que son los azúcares, las grasas... Si en la familia no hay autoridad para decir basta, ellos comen lo que quieren... (endocrinólogo).

Para los médicos, pues, los jóvenes obesos son “hijos” de la sociedad de la abundancia y del *fast-food*, pero sobre todo de una época donde, tal como la conciben, faltan límites y sobran complacencias paternas:

[...] muchos padres vienen ya excusándose, que si lo he intentado todo, que no hay manera de hacerle comer verdura o pescado... Pues si los padres no se imponen, nosotros ¿qué vamos a hacer? (médico de familia).

Este énfasis en lo individual favorece, por un lado, la inculpación de padres e hijos por su incapacidad de actuar de forma racional y, en consecuencia, legítima su intervención sanitaria: “si no saben comer, habrá que enseñarles” (dietista).

El establecimiento de la dieta óptima y la regulación del peso como principal herramienta terapéutica apelan a la responsabilidad individual y a la adquisición de una competencia nutricional (Ascher, 2005). Se trata de un doble proceso, de medicalización y de moralización, según el cual hay que cambiar

los “malos” hábitos alimentarios de la población juvenil y transformarlos en un nuevo conjunto de prácticas conformes a las reglas científicas de la nutrición, más racionales: “no solo se ha de comer bien por motivos de salud, uno se siente mejor, más en forma, si come correctamente” (dietista). Desde esta lógica higienista, el sobrepeso ya es percibido como la antesala de la obesidad y las personas con unos kilos de más como pre-enfermos: “probablemente un exceso de grasa que no provoca, demostrablemente, problemas físicos es un estado pre-patológico” (médico nutricionista). Esta idea del *continuum* en la ganancia de peso a lo largo del ciclo vital como inevitable y, por tanto, de la mudanza del sobrepeso a la obesidad es comúnmente referida: “está clarísimo que el sobrepeso si no te cuidas es un preámbulo... un sobrepeso a los 20 años en la edad adulta probablemente sea una obesidad de grado I” (pediatra). Es obvio que para llegar a la obesidad extrema hay que haber tenido sobrepeso, pero no todos los jóvenes adultos obesos fueron niños gordos (Aranceta, 2008). Por otro lado, se sabe que muchas personas mantienen un sobrepeso estable a lo largo de su vida, sin que ello les reporte ningún problema de salud (Flegal; et al., 2005).

Asumir que la obesidad es una enfermedad obliga a los médicos a intervenir y a los pacientes a seguir un tratamiento. Aunque la intervención médica puede incluir fármacos y cirugía, el tratamiento más común para rebajar peso consiste en la prescripción dietética. Si el problema se deriva del desequilibrio entre calorías consumidas y gastadas, hacer dieta parece la solución más lógica para corregirlo. La rehabilitación nutricional es un eje central alrededor del cual giran los tratamientos contra la obesidad. Su objetivo es, en todos los casos, promover que los pacientes alcancen y mantengan su normo-peso y adopten hábitos alimentarios saludables (Gracia, 2009b). En el mismo sentido, dicha rehabilitación es vista por los médicos como un elemento indispensable para asegurar que los pacientes superen su enfermedad, tanto desde un punto de vista físico, como psicológico y social. Ellos consideran que la dieta debe seguirse durante meses o años, si es necesario, ya que proporciona a los enfermos seguridad, pone orden en sus vidas y les ayuda a combatir su obsesión por la comida y el peso:

El que fem és educació, dieta, exercici... introduïm fàrmacs si convé, o valorem cirurgia bariàtrica.... [pero la solución] és una dieta sana, equilibrada i no és d'un mes ni dos, sinó que és una cosa de per vida (endocrinóloga).

El objetivo de introducir una rutina dietética parte de la creencia de que los pacientes tienen hábitos alimentarios desestructurados, basados en atracones o dietas restrictivas autoimpuestas que no tienen ningún fundamento racional. Consecuentemente, los nutricionistas centran su intervención en proponerles medidas para mejorar sus conocimientos nutricionales y cambiar sus prácticas alimentarias, supuestamente equivocadas. Sus comidas deben incluir lo que los clínicos denominan una “dieta normal”, basada en conductas adecuadas respecto a horarios, ingredientes y cantidades: “és un canvi d'hàbits alimentaris, la gent ha de menjar sàa, independentment de si estàs prim o tens una mica de sobrepès. I això és el que nosaltres intentem inculcar” (endocrinóloga). El objetivo final es inculcarles hábitos saludables a través de la

denominada “dieta óptima”, la cual es administrada como si de una medicina se tratara: “Intentem incidir en modificar el patró d’activitat física i l’hàbit alimentari... Però la predisposició a l’obesitat la tindrà sempre, la dieta es com la seva medicina” (pediatra).

Sorprende, sin embargo, que habiendo definido a las personas diagnosticadas de obesidad por su “obsesión” por, primero, comer mucho y, después, por ponerse a régimen, este sea visto por los profesionales de la salud como parte fundamental de la estrategia terapéutica a seguir (Gracia, 2009b: 199). No deja de ser paradójico que su predisposición “desmesurada e irracional” a hacer dietas (no óptimas) se tenga que resolver, precisamente, poniéndolas nuevamente a dieta (óptima). Desde un punto de vista terapéutico de lo que se trata es menos de estigmatizar la dieta en sí misma, que de rechazar aquellas pautas que, por su contenido y forma, se apartan del modelo nutricional biomédico, el único capaz de establecer, racionalmente, quienes hacen o no dieta y en qué consiste una “comida no-dieta” (Fernández y Turón, 2001: 281):

[...] una comida no-dieta es aquella que un observador neutral concluyese que no se está realizando dieta ni ahorrando calorías... Esta alimentación debe incluir distintos tipos de alimentos en cantidades suficientes.

Según este enfoque, las personas que comen en función de sus necesidades biológicas comienzan a comer cuando sienten hambre y dejan de hacerlo cuando se sienten llenos son individuos que no hacen dieta. Así, las personas que comen exclusivamente “oyendo” sus reclamos orgánicos son las que, de entrada, estarían más alejadas de comer de una forma incontrolada y, en consecuencia, de padecer obesidad o cualquier otro trastorno alimentario.

De forma paralela, y también según este modelo, para conseguir hacer comidas “no-dieta” se debe aprender a “comer de forma mecánica”.

Sin embargo, muchos de los planteamientos terapéuticos, basados en la prescripción individualizada de cambiar la dieta y el patrón de actividad física fracasan y, aunque algunas personas consiguen disminuir su peso temporalmente, los resultados a largo son insuficientes o parciales. Se sabe que la prescripción reiterada de dietas y su seguimiento pueden potenciar la pérdida y ganancia de peso y que ello está en la base de no pocas obesidades (Alemany, 2003). A pesar de que numerosos profesionales dicen que intentan personalizar las dietas insisten sobre todo en la distribución de los grupos de alimentos, su contenido nutricional, el reparto a lo largo de la jornada o en la forma de cocinarlos. Si bien estos son aspectos relevantes, no son pautados teniendo en cuenta las razones ni los contextos que condicionan a las personas a alimentarse de un modo u otro:

El que es busca sempre en els obesos és el canvi d’actitud... Mentre un obès pensi que està fent dieta... és que no està curat... quan vagi a un restaurant i demani una amanida i no pensi que està fent dieta... quan el seu pensament normal per pujar a la tercera planta sigui agafar les escales, això és que està curat (pediatra).

Si los hábitos inadecuados han llevado al paciente a la gordura, del mismo modo el fracaso del tratamiento se atribuye a su actitud y al incumplimiento de las indicaciones recibidas. Esta consideración permite al clínico eliminar su responsabilidad en el malogro de la intervención terapéutica:

[...] és una batalla contínua l'obesitat. S'entén que tinguin dificultat... però les dietes estan allà per fer-les... la gent no és conscient, la força de voluntat és una cosa que s'ha perdut (endocrinóloga).

La incapacidad de seguir las recomendaciones o de “hacer caso” es vista por todos los especialistas como aquello que hace fracasar un tratamiento. De hecho, el obeso es un paciente desobediente:

El problema que tenen és que no són capaços de complir les recomanacions, no tenen voluntat... L'èxit terapèutic és molt baix. És una especialitat molt poc agràida... i a més, la majoria de gent que ve a la consulta no està gens disposada a millorar o esforçar-se per millorar (endocrinóloga).

Ningún médico se ha planteado que el resultado adverso provenga de su intervención, en el sentido de que la prescripción dietética puede no ser la mejor solución para determinados pacientes o tipos de obesidad:

Un fracàs en el tractament sempre és quan tu poses un tractament i aquell tractament no funciona. Si el pacient “no vol” iniciar el tractament, com seguir la dieta, això és un fracàs del tractament o una manca de conscienciació? (pediatra).

Son los pacientes quienes, por falta de predisposición o concienciación, dificultan la resolución de su enfermedad y acaban desluciendo, así, la función terapéutica del clínico.

4. SI LA OBESIDAD ES UNA ENFERMEDAD, ENTONCES ¿YO ESTOY ENFERMO?

La noción de cuerpo humano como un proyecto social e individual, como una entidad en proceso de construcción (Shilling, 1993: 5), cobra interés en nuestro trabajo en cuanto puede dar luz sobre cómo las ideas acerca de lo que se entiende por un “cuerpo correcto” social y médicamente, respecto a tamaño y forma o sobre cómo la disposición física y psíquica puede afectar a la vida cotidiana de la gente. Esta interpretación de la corrección o de la desviación respecto a la norma legítima, a menudo, formas particulares de estigmatización. En el ámbito que nos ocupa, la mirada médica reprobatoria que recae sobre los obesos por estar –y permanecer– gordos acaba siendo aceptada por los pacientes como una consecuencia de su comportamiento inadecuado y ello les hace sentir aún más culpables.

Diversos trabajos han puesto el acento en el análisis de las formas de estigmatización relacionadas con la obesidad y en cómo estas afectan las trayectorias sociales (Cahnman, 1968), (Stunkard y Sobal, 1989), (Sobal, 1995) o (Tibere; et al., 2007). Los diferentes estudios indican que entre los agentes

que juegan un rol central en el proceso de estigmatización de la obesidad, aparte de los niños y adolescentes (Cramer y Steinwert, 1998), se encuentran los profesionales sanitarios (Maddox y Liederman, 1969), (Apfeldorfer, 2009), (Gracia y Comelles, 2007). Para Cahnman (1968), los jóvenes gordos sufren una triple discriminación porque son desvalorizados por los otros, porque son invitados a verse como los únicos responsables y porque, además, acaban aceptando como “normal” el trato peyorativo recibido por la gente. Se trata de una discriminación transversal y longitudinal: afecta a todos los ámbitos de relación social y permanece durante todo el ciclo vital.

La “demonización” social a la que hoy se someten las grasas y los gordos es compartida por la mayoría de los jóvenes entrevistados, quienes en general, apenas se ven aliviados por el hecho de que la obesidad se haya convertido en una enfermedad:

[...] pese a haber sido siempre obeso, jamás me he acostumbrado a esta condición. Es difícil tolerar los comentarios sociales, es difícil soportar los comentarios de mis padres y de mi esposa, es difícil hacer entender a los demás que la obesidad es un problema médico y no solo un problema de la personalidad (Sila, 31 a).

No constituye un medio para su exculpación porque tampoco los profesionales sanitarios consideran que las personas con sobrepeso sean simples víctimas de una sociedad consumista y permisiva. Al contrario, el énfasis puesto en que el origen de la enfermedad depende de la capacidad de normativizar el comportamiento alimentario constituye el argumento más usado por los jóvenes para inculparse por estar gordos.

Este reconocimiento de la propia culpa forma parte de la estigmatización que acompaña a las personas obesas. Goffman (2003) entiende la estigmatización como un proceso que tiende a desacreditar a una persona en tanto que es calificada como “no normal” o “desviada”. Esta desacreditación, que se produce interaccionalmente, proviene de aquellas personas que, contrariamente, se consideran normales. Durante la construcción del estigma, aparecen formas particulares de discriminación y exclusión social (Gracia; et al., 2010). La persona afectada, según Goffman, asiste a un fenómeno de reducción: el atributo que lo estigmatiza deviene central. El resto de atributos aparecen secundarios. Los estigmatizados permanecen cerrados en un círculo vicioso, ya que a menudo acaban aceptando como normales los juicios negativos hechos por los otros. Esta aceptación contribuye a su propia desvalorización y aislamiento social, pero especialmente a considerar legítimos los tratos discriminatorios.

Es así como el proceso de estigmatización transforma las víctimas en culpables;

[...] mis hobbies son la TV, jugar a la Play o al ordenador... suelo pasar 6 horas diarias en esta habitación. En general sí que tengo remordimientos... cuando estoy en medio de un juego pienso que tendría que estar caminando (Carles, 15 a).

El abandono o descuido personal motivado por dificultades particulares también se expresa como causa del aumento de peso. Dicho abandono se entiende como un estado derivado solo de su comportamiento y es utilizado también como argumento inculpatario:

[...] te vas dejando, vas engordando... Sí, la culpa es nuestra. Yo me engordé veintidós quilos con el embarazo... después al separarme cogí una depresión muy grande, y aumenté el peso... No tenía ganas de nada. ¿Qué hacía? pues comer! Claro que es culpa nuestra (Irene, 35 a).

La persona obesa, incorporando los juicios médicos y sociales, se asume como un sujeto capaz de controlarse y seguir las normas: “tienes un sentimiento de culpa, d’impotència, de ràbia amb tu mateixa, és una cosa... i vergonya una altra vegada” (Laura, 34 a). La vergüenza es recurrente porque, en cierto modo, se sienten como “pecadores” incapaces de no caer en la tentación de comer: “la obesidad es fruto de no haber hecho el esfuerzo o de haberme descuidado” (Pau, 32 a), y como personas débiles por dejarse llevar fácilmente por los demás: “siempre me he criado igual, picoteando, porque mi madre ya lo hacía y, por tanto, yo también” (Mercè, 23 a); “lo mío es genético, pero luego están los malos hábitos alimenticios... Yo llegué a pesar 160 kilos, eso no es genética...” (Celia, 28 a).

No obstante, hay jóvenes disconformes con la etiqueta impuesta por los clínicos en relación a que ser “grandes comedores” pasivos y subrayan que existen otras razones no comportamentales que explican su ganancia de peso al margen de su voluntad: “hay gente que con lo que come podría estar supergorda y está muy delgada. Yo misma, no como mucho, más bien como poco” (Silvia, 15 a). Aunque científicamente se ha demostrado que no todos los cuerpos acumulan grasas del mismo modo ingiriendo la misma cantidad de alimentos (Alemany, 2003) y ello debiera servir para aceptar que existan gordos sin ser necesariamente “grandes” comedores, la advertencia médica siempre es la misma: “hay que comer menos”: “el desequilibrio entre lo consumido y lo gastado, solo se puede resolver disminuyendo la ingesta” (endocrinólogo). Estos jóvenes tampoco comparten con los médicos que la solución esté exclusivamente en practicar estilos de vida saludables porque, de hecho, algunos ya los practican:

[...] se piensan que tú no sabes cuidarte, que tú no sabes comer... Que el problema eres tú porque comes demasiado, picas entre horas... Y esto es mentira. A mi el estrés me engorda. Si tienes algún problema de tiroides, como yo, todo lo que coma me engorda el doble... De esto nadie se da cuenta. Voy en bicicleta, camino por la calle, hago natación... y me cuesta muchísimo perder algo de peso (Yvonne, 33 a).

Creerse enfermos por el hecho de estar gordos depende, en buena medida, del grado de obesidad y de la edad de los jóvenes. En el caso de las personas con problemas metabólicos diagnosticados, insistir en esa condición es importante, ya que afirman seguir las normas a pesar de que luego algo fuera de su control acabe fallando:

[...] yo tengo mucha voluntad, mucha, y cuando me propongo que no he de hacer una cosa, no la hago... si he de comer menos, como menos, yo no sé qué es lo que falla (Laura 34 a).

Junto a aquellos jóvenes que no se consideran enfermos porque el exceso de peso no les impide “funcionar” con normalidad, ni registran una causalidad física u otra patología asociada, están aquellas otras personas que sí se consideran enfermas por todo lo contrario. El peso les dificulta vestirse, lavarse, salir a trabajar e incluso dormir.

Quienes se acercan a la denominada obesidad extrema o mórbida es más fácil que se reconozcan como enfermas y reivindiquen su estado como patológico. La razón principal no se debe tanto a que junto a esta acumulación de peso hayan aparecido forzosamente otras enfermedades asociadas como la diabetes o la hipertensión, sino a que disminuyen sustancialmente las posibilidades para moverse y desarrollar las actividades cotidianas:

[...] la obesidad es más una cuestión de salud más que de estética, sí que lo noto al subir las escaleras porque me canso más. Caminando solo lo noto cuando voy hablando, porque me falta el aire...Si no te cuidas, a la larga pasa factura (Mercè, 23 a).

Aunque la etiqueta de enfermedad, a diferencia de otras aflicciones, no supone apenas una desculpabilización para estos jóvenes, lo cierto es que algunos creen que únicamente dicho reconocimiento, la validación de la obesidad como una patología crónica y evolutiva, puede ayudarles a cuestionar el estigma de ser considerado, como algunos subrayan, una especie de “delincuente” nutricional:

Debo decir que la obesidad es una de las enfermedades menos comprendidas, ya que aquel que no la padece entiende que simplemente se trata de dejadez por parte de quien se ve obligado a “escondarse” para poder comer por miedo a ser juzgado, como si de un criminal se tratase (Marta, 24 a).

5. CONCLUSIONES

En general, se considera que los problemas alimentarios, y en particular aquellos relacionados con el peso tienen su origen en la cantidad de comida ingerida, como si los efectos de comer en el cuerpo fueran una simple operación aritmética: se come poco o demasiado y engordamos o adelgazamos según las calorías consumidas/gastadas. Sin embargo, la realidad es menos simple, ya que el peso dista de depender exclusivamente de las cantidades ingeridas de alimentos. En su determinación intervienen, junto con el entorno social, factores hormonales y neuronales, genéticos, metabólicos y constitucionales que no hay que menospreciar. Se sabe que los aspectos individuales interactúan con los ambientales y que, por tanto, la obesidad no afecta de igual modo a todo el mundo. Ni todos los gordos están enfermos ni todos comemos mal. Es más, ni siquiera todos los que comemos mal o no hacemos ejercicio a diario acabaremos siendo gordos. Ciertamente, no todos estamos

igualmente amenazados por la obesidad, aunque el discurso actual y las medidas de prevención que lo acompañan hacen creer lo contrario. Su incidencia es muy desigual atendiendo a diferencias intra e interculturales, grupales. Según los estudios epidemiológicos, el nivel de ingresos, el género, la edad o el origen étnico constituyen variables explicativas. Y no solo porque las oportunidades de alimentarse y de gestionar la salud son muy distintas según dichas variables, sino porque las prácticas alimentarias no se organizan exclusivamente para preservar la salud, sino atendiendo a otros factores materiales (y/o simbólicos) más condicionantes.

A menudo, las exigencias diarias de muchas personas (horarios de trabajo, dinero, obligaciones familiares) no permiten un régimen nutricional más conveniente para su salud porque para cambiar de dieta es necesario cambiar de vida, lo cual, no solo es siempre difícil sino que puede llegar a ser, para muchas personas, imposible. Sin embargo, estos factores biológicos y/o culturales son subestimados en las narrativas médicas en beneficio de enfatizar la conducta y la responsabilidad individual.

Hay que hacer frente a la obesidad, pero no a costa de estigmatizar y discriminar a las personas gordas, sino de detectar quiénes tienen, por sus condiciones bio-sociales, probabilidades de serlo. Por esta razón, la medicalización creciente de la gordura no está contribuyendo a exculpar a las personas obesas en tanto que enfermas. La incompreensión que los jóvenes sienten por quienes, supuestamente, defienden que la obesidad es una enfermedad y ellos sus pacientes, aumenta su sentimiento de culpa. La gordura sintetiza, al fin y al cabo, un triple fracaso personal, médico y social. Y a menudo, lejos de preocuparse porque el exceso de peso pueda afectar su salud, lo que lleva a muchos jóvenes a adelgazarse es el intento de modificar aquello que psíquica, social y médicamente les tortura: su gordura. Rechazados por tener un cuerpo anormal y escasamente atractivo, la mayoría de ellos, pero especialmente las chicas, deciden hacer régimen legitimadas por los mensajes anti-obesidad que la biomedicina y el mercado de la salud han generalizado. Aquello que empieza siendo una acción temporal, estar o ponerse a dieta, para lograr un fin determinado deviene un estado que condiciona, a veces de forma dramática, su vida cotidiana. En este sentido, y como ya ha señalado antes Poulain (2009), la comunidad médica debería ser consciente del rol de "gran estigmatizador" que se arriesga a jugar y a percibir las consecuencias. El inconveniente más grave de la medicalización del consumo alimentario y el peso corporal es dar una forma de legitimidad científica a la discriminación social que sufren las personas obesas.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ALEMANY, M. "Mecanismos de control del pes corporal". *Revista de la Reial academia de Medicina de Catalunya*, vol. 18, 2. 2003; pp. 44-49.

APFELDORFER, G. *L'Anorexie, boulimie, obésité*. Paris : Flammarion, 1994.

—. « De manque de capital-minceur en faute esthétique, le corps de l'obèse est une honte ». En : *Trop gros? L'obésité et ses représentations*, n° 254. Éditions Autrement, 2009; pp. 136-149.

- ARANCETA, J. "Obesidad infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud". En: DIAZ, C.; GÓMEZ, C. *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona: Fundació La Caixa, 2008.
- ASCHER, F. *Le mangeur hypermoderne*. París: Odile Jacob, 2005.
- BASDEVANT. « But et abus de la définition médicale contemporaine ». En: *Trop gros? L'obésité et ses représentations*, nº 254. Éditions Autrement, 2009; pp. 112-122.
- BRUMBERG J. *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.
- CAHNMAN, W. J. "The stigma of obesity". *Sociology of Quarterly*, 9,3. 1968; pp. 283-289.
- CONTRERAS, J. "La obesidad: una perspectiva sociocultural". *Form Contin Nutr Obes*, 5(6). 2002; pp: 275-286.
- CRAMER, P.; STEINWERT, T. "Thin is good, fat is bad: How early does it begin?". *J. Appl. Dev. Psychol.*, 19. 1998; pp. 429-451.
- CSERGO, J. « Quand l'obésité des gourmands deviene une maladie de civilisation. Le discours médical 1850-1930 ». En: *Trop gros? L'obésité et ses représentations*, nº 254. Éditions Autrement, 2009; pp. 14-29.
- DE GARINE, I.; POLLOCK, N. (eds.). *Social Aspects of Obesity*. Luxembourg: Gordon and Breach Publishers, 1995.
- FERNÁNDEZ, F.; TURÓN, V. *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson, 2001.
- FISCHLER, C. *El (H)omnívoro*. Barcelona: Anagrama, 1995.
- FLEGAL K. M.; et al. "Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight and Obesity". *JAMA*, 293 (15). 2005; pp. 1861-1867.
- GOFFMAN. E. *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- GRACIA, M.; COMELLES, J. M. (eds.). *No comerás*. Editorial Barcelona, 2007.
- ____; et al. *Joves grassos, pobres joves? Formes de discriminació i resistència l'entorn de l'obesitat*. Informe recerca Observatori Català de la Joventut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2010.
- ____. "The emergence of obesogenic societies or obesity as a social problem". *Rev. Nutr.* 22 (1). 2009a, pp: 5-18.
- ____. "Learning to eat: The Establishment of *Dietetic Normality* on Eating Disorders". *Food, Culture and Society, An International Journal of Multidisciplinary Research*, 12:2. 2009b; pp 191-216.
- GRACIA-ARNAIZ, M. "Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. *Appetite*, 55, 2; 219-225, 2010.
- HACKING, I. "Normalisation et obésité". *Leçon numéro 3*, París : Collège de France, 2005. In : http://www.college-de-france.fr/media/.../UPL33228_3_ih_2005__2_.pdf.
- HEPWORTH, J. *The Social Construction of Anorexia Nervosa*. London: Sage Publications, 1999.
- HESHKA, S; ALLISON, D. B. "Is obesity a disease?". *Internacional Journal of Obesity*, 25. 2001; pp. 1401-1404.

Gracia, M.: La medicalización de la obesidad. Concepciones y experiencias sobre la gordura en...

- MADDOX, G. L.; LIEDERMAN, B. R. "Overweight as a social disability with medical implications". *Journal of Medical Education*, 44. 1969; pp. 210-220.
- POULAIN, J. P. *Sociologie de l'obésité*. Paris: Presses Universitaires de Paris, 2009.
- SHILLING, Ch. *The body and social theory*. Londres: Sage Publications, 1993.
- SOBAL, J. "The medicalization and demedicalization of obesity". In: MAURER, D.; SOBAL, J. (eds.). En: *Eating agendas. Food and nutrition as social problems*. Nueva York: Aldine de Gruyter, 1995; pp: 67-90.
- SOBAL, J.; STUNKARD, A. J. "Socioeconomic-status and obesity: A review of the literature". En: *Psychological Bulletin*, 105 (2). 1989; pp: 260-275.
- SONTAG, S. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Suma de Letras, 2005.
- TIBÉRE, L.; et al. "Adolescents obèses face à la stigmatisation". *Obès*, 2. 2007; pp. 173-181.
- VIGARELLO, G. « L'obésité et l'épreuve du moi ». En: *Trop gros? L'obésité et ses représentations*, n° 254. Éditions Autrement, 2009 ; pp. 123-135.