



PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

María Luisa Maldonado Simó

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA
María Luisa Maldonado Simó

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA
María Luisa Maldonado Simó

Maria Lluisa Maldonado Simó

**PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR
L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA**

TESI DOCTORAL

Dirigida per la Dra. María Isabel Gracia Arnaiz

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Tarragona

2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA
María Luisa Maldonado Simó



FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat " Problematitzar el cos: re-pensar l'obesitat més enllà de la malaltia ", que presenta María Luisa Maldonado Simó per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meua direcció al Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social d'aquesta universitat.

Tarragona, 14 d'octubre de 2015

La Directora de la tesi doctoral



Dra. María Isabel Gracia Arnaiz

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA
María Luisa Maldonado Simó

Dedicatòria

A tots aquells que m'han brindat el seu suport i la seva comprensió, especialment al meu home i als meus fills.

A la memòria d'aquells que ja no hi són, especialment a la meva mare i al meu pare.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA
María Luisa Maldonado Simó

Agraïments

A Mabel Gracia, la meva directora de tesi, per fer-me de guia en aquesta llarga experiència. Les teves orientacions, el teu rigor i les teves acurades correccions, la teva paciència, amabilitat i empatia, i la confiança que sempre has dipositat en mi han fet possible que arribés fins al final.

A Miquel Arenas, Josep Maria Comelles, Montserrat García, Julia Ledo i Maria Antònia Montserrat-Mas, companys del grup d'investigació GIAFITS del Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la Universitat Rovira i Virgili, per les vostres valuoses aportacions i comentaris que han estat de gran ajuda per a la realització d'aquesta tesi.

També a les meves companyes de la Facultat d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, i especialment a les del Campus Terres de l'Ebre, pel vostre suport i la vostra comprensió.

Finalment, a totes aquelles persones que han acceptat ser entrevistades i que han compartit amb mi els seus pensaments i, sovint, la seva intimitat, sense esperar res a canvi.

A tots ells van dedicades aquestes pàgines.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA
María Luisa Maldonado Simó

ÍNDEX

Resum/Summary	1
Presentació	5
L'obesitat com a problema	10
Contextos, subjectes i eines	15
Primera part: Cos i societat. Problematitzar el cos	29
1. Pensar el cos en el marc de les ciències socials	31
1.1. Aproximacions teòriques	34
1.2. Aportacions des del feminisme	50
2. L'aparença com a capital social: el cos com a expressió d'identitat i pertinença	58
2.1. Concepció de les formes corporals a través de la història: de cossos prims i grassos	60
2.2. La centralitat del cos a la societat industrial contemporània	75
2.2.1. Individualització, individualisme, cos i identitat	76
2.2.2. Cos i estigma: la inconveniència de ser gras	82
Segona part: Cos i salut. La medicalització de l'obesitat	109
3. Medicalització de la vida	111
3.1. Salut, moral i control social	118
4. Medicalització de l'obesitat: entre el risc per a la salut i el <i>moral pànic</i>	124
4.1. Interès creixent de la biomedicina envers l'obesitat	130
4.2. L'obesitat en xifres	134
4.3. L'obesitat com a malaltia: l'opinió dels professionals	157
4.4. Vivint l'experiència de ser o no ser malalt	205

Tercera part: Cos i mercat. La mercantilització de l'obesitat	233
5. La societat de consumidors. Consumidors i objectes de consum	235
5.1. El cos com a espai de consum	242
6. El negoci de l'obesitat	253
6.1. Centres mèdics privats: ofertes i arguments	272
Epíleg	287
Bibliografia	295

RESUM

Aquesta recerca aprofundeix en la comprensió de les raons per les quals l'obesitat ha esdevingut un problema a les actuals societats industrialitzades, i també a nivell global, tant des del punt de vista sanitari, com social, econòmic i polític. Es parteix de la hipòtesi segons la qual aquesta problematització prové no només de l'augment de la seva prevalença, sinó també de la confluència de tres fenòmens transversals com són la individualització, la medicalització i la mercantilització. Es tracta de retre compte de les diverses implicacions que hi ha darrera la conceptualització de l'obesitat com a patologia i del creixent desplegament de nous procediments biomèdics i estètics destinats a controlar o modificar el pes corporal i adequar-lo a l'ideal dominant de primesa i esveltesa que estableix el nostre marc cultural. Analitzar aquest fenomen des de la perspectiva de l'antropologia mèdica permet anar més enllà de la fisiologia individual i les característiques personals, que habitualment emfatitzen les ciències biomèdiques, i assenyalar el context en què sorgeix la preocupació pel pes i les formes corporals.

La metodològica emprada ha estat de tipus qualitatiu, cosa que ha permès accedir a l'objecte d'estudi d'una manera aprofundida i comprensiva. S'ha realitzat revisió bibliogràfica, anàlisi documental i treball empíric a Catalunya, mitjançant entrevistes a diferents actors socials que, d'una manera o d'una altra, participen en el problema. També s'han analitzat els textos de les pàgines web de diferents centres mèdics privats que ofereixen tractaments per reduir el greix corporal.

El procés d'investigació ha permès constatar que en l'actual concepció de la grassor com a problemàtica conflueixen els processos de medicalització, mercantilització i individualisme vigents a la societat industrialitzada contemporània, que han contribuït a crear una visió negativa de l'obesitat i de la persona obesa, afavorint la preocupació pel pes i la pràctica d'un comportament consumista que busca assolir l'ideal corporal de primesa i esveltesa. Es planteja la necessitat d'articular altres formes d'abordar el

problema que tinguin en compte la seva multidimensionalitat, que incorporin de manera més complexa les variables culturals i contextuals, la visió subjectiva de la malaltia, les relacions socials. Ens troben davant d'un fenomen que reclama una aproximació integradora necessàriament interdisciplinària, una articulació entre perspectives que habitualment treballen per separat, escindint dominis que en el món real conformen un mateix horitzó només fragmentat artificialment.

SUMMARY

Title: Making a problem out of the body: rethinking obesity beyond the illness.

This research aims to provide deeper insight into the reasons that have turned obesity into a problem, especially in developed societies but also globally, both from the perspective of healthcare systems and for policy-makers. The starting hypothesis proposes that this problem not only arose due to an increase in the prevalence of obesity, but that three other factors would play major roles: individualization, medicalization and marketing. The implications of defining overweight and obesity as a pathology are explained and evidence is provided for the increasing availability of biomedical and aesthetic procedures meant to control or modify the body weight and thereby adapt it to the slimness and slenderness ideals established in our culture. By analyzing this phenomenon from the perspective of medical anthropology it is possible to go beyond the individual features and physiology usually emphasized by biomedical sciences and reveal the broader context in which the concern for body weight and shape arises.

The object of study could be insightfully evaluated thanks to the use of qualitative methodology. Bibliographic revision and documental analysis were performed in addition to empiric field work in Catalonia, based on interviews to several stakeholders who, in one way or another, are part of the problem. Moreover, the advertising texts presented on the websites of private practices offering treatments to reduce corporal fat were analyzed.

This investigation confirms that medicalization, marketing and individualism as present nowadays in developed societies converged to shape the definition of obesity. These three factors contributed to create a negative opinion of obesity and obese people, fueling the concern for body weight and a consumer behavior that pursues today's ideals of slimness and slenderness. The need to articulate and handle the problem in

alternative ways is underlined. Cultural and contextual variables, the subjective perception of the illness and social relationships represent the multiple dimensions which need to be considered in a more complex manner. We are facing a phenomenon that requires an integrative and multidisciplinary approach. In order to manage it holistically, professionals from different fields have to interact more closely to avoid the artificial fragmentation of the problem into pieces which actually belong together.

PRESENTACIÓ

L'any 2008 vaig ser convidada per la doctora María Isabel Gracia Arnaiz a participar en el grup d'investigació consolidat GIAFITS del Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la Universitat Rovira i Virgili (URV), que des de l'any 2000 havia iniciat una línia d'estudis sobre alimentació, gènere i salut, cosa que va suposar un impuls definitiu per a la realització d'aquesta tesi doctoral.

Alguns dels plantejaments que apareixen en aquest text s'han desenvolupat en diversos estudis sobre les dimensions socials de l'obesitat duts a terme per aquest grup d'investigació, principalment en el projecte del Plan Nacional I+D *La emergencia de las sociedades obesogénicas* (CSO2009-07683) i en l'estudi finançat per 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 els quals vaig participar. En el present treball s'ha aprofundit en un dels eixos assenyalats en aquests projectes i que fa referència a la confluència dels fenòmens d'individualització, de medicalització i de mercantilització dels cos i la salut vigents a la societat industrial contemporània, i a la seva influència en la concepció de l'obesitat com a problemàtica.

El meu interès pel tema de l'obesitat es remunta a finals dels anys noranta del segle passat, coincidint amb la publicació que va fer l'Organització Mundial de la Salut l'any 1998 de l'informe *Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic*. Si bé el problema no era nou, van començar a saltar totes les alarmes en relació al que es va definir com a "l'epidèmia del segle XXI". Les notícies sobre obesitat en els mitjans de comunicació, la producció científica, especialment procedent de la biomedicina, les conferències, els informes o les propostes per fer-hi front es van multiplicar des d'aquell moment. Per exemple, la *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity* celebrada a Istanbul l'any 2006 va elaborar l'*European Charter on Counteracting Obesity* on es pot llegir:

"L'epidèmia d'obesitat planteja un dels desafiaments més greus per a la salut pública de la Regió Europea de l'OMS. La prevalença de l'obesitat s'ha triplicat en les últimes dues dècades. La meitat dels adults i un de cada cinc nens a la Regió Europea de l'OMS tenen excés de pes.

D'entre ells, una tercera part ja es obesa, i les xifres augmenten ràpidament. L'excés de pes i l'obesitat contribueixen a un gran percentatge de malalties no transmissibles, reduint l'esperança de vida i afectant negativament la seva qualitat. Més d'un milió de morts anuals en la Regió es deuen a malalties relacionades amb l'excés de pes corporal.... La predisposició genètica, per si sola, no pot explicar l'epidèmia de l'obesitat sense tenir en compte els canvis ocorreguts en l'entorn social, econòmic, cultural i físic.... cap país ha aconseguit fins ara tenir sota control l'epidèmia.... caldrà haver invertit la tendència l'any 2015, com a molt tard. No resulta admissible responsabilitzar exclusivament les persones de la seva obesitat...." (WHO, 2006)¹

Haig de dir que tot plegat, malgrat el meu desconeixement del problema, em va semblar una mica exagerat i apocalíptic, però, si més no, va despertar la meua curiositat. Per tant, vaig considerar interessant i oportú analitzar què hi havia al darrera d'aquesta "epidèmia d'obesitat".

Així, ja durant la realització del Màster d'Antropologia Mèdica i Salut Internacional de la URV (2005-2007) vaig enfocar els treballs de les diverses assignatures i el treball de fi de màster al tema de l'obesitat, cosa que va suposar una primera aproximació teòrica a l'estat de la qüestió i al plantejament metodològic, que més endavant van constituir la base per a desenvolupar el projecte de tesi doctoral. Des de llavors, el projecte inicial s'ha anat transformant i perfeccionant a mesura que avançava en el coneixement teòric i empíric. Tanmateix, i donada la multiplicitat d'aspectes que conformen aquesta qüestió de l'obesitat, sóc conscient que aquesta tesi és només una petita contribució al seu estudi, que ha intentat respondre a una sèrie d'interrogants i que espero que susciti interès i noves qüestions de cara a futures investigacions.

Els interrogants que han guiat aquest treball, i als qual he intentat donar resposta, són els següents:

Per què el cos ha adquirit tanta rellevància en les societats industrialitzades contemporànies? Com ha evolucionat el significat que la societat occidental dóna al cos gras i quines circumstàncies hi ha contribuït? En una societat individualista i que idealitza el cos prim, ser gras suposa un estigma? En aquest sentit, la grassor afecta per igual a les dones i als homes?

¹ La traducció és meua.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Quins són els motius que han portat a considerar l'obesitat com a epidèmica? En base a quins paràmetres es defineixen el sobrepès i l'obesitat? El sobrepès i l'obesitat s'han de considerar sempre patològics? Quines són les causes que condueixen a l'obesitat? Fins a quin punt ser obès és un assumpte de responsabilitat individual? Quin paper hi juga l'entorn? Quins tipus de tractaments existeixen per disminuir el pes i quins resultats s'obtenen? Quines iniciatives s'estan duent a terme per part d'experts i autoritats sanitàries per intentar frenar aquesta epidèmia d'obesitat? En quina mesura el discurs medicosanitari sobre obesitat està contribuint a problematitzar el pes corporal i a la persona obesa, i quines conseqüències se'n poden derivar? Des d'aquest àmbit medicosanitari es barregen els coneixements científics i les pròpies actituds culturals respecte de l'obesitat?

Quins ús se'n fa del discurs biomèdic sobre obesitat des d'altres sectors? A qui interessa generar "obesos malalts"? A què obeeix la proliferació en les tres últimes dècades d'ofertes comercials relacionades amb la pèrdua de pes i el modelatge corporal? Fins a quin punt la recerca d'un cos prim obeeix a una qüestió de salut o a una qüestió de bellesa física? Com s'interpreta la contradicció existent a les actuals societats industrialitzades que, d'una banda, promouen la dieta saludable i el *fitness* i, d'una altra, generen el *fast-food* i el sedentarisme?

Com es viu i es percep el sobrepès o l'obesitat en primera persona? Com perceben els professionals el problema de l'obesitat i a les persones obeses? Quina relació s'estableix entre professionals i persones afectades de sobrepès o obesitat? Per què alguns persones sanes i que tenen un pes "normal" realitzen dietes o altres tractaments per controlar el seu pes?

A partir d'aquests interrogants s'han delimitat els objectius de recerca i les hipòtesis, i s'ha organitzat el treball seguint l'estructura que presento a continuació.

El treball està dividit en tres parts. Cada una d'elles aborda qüestions diferents en relació al tema d'estudi, si bé la intenció ha estat mostrar com aquests diferents aspectes s'entrecreuen i convergeixen en la consideració de l'obesitat com a problemàtica. En la primera part es fa un repàs del cos com a tema d'estudi de les

ciències socials, així com un breu recorregut històric en relació a l'evolució de les pràctiques i representacions al voltant del cos gras i a les concepcions que la medicina ha anat construint sobre l'obesitat fins a considerar-la com a malaltia. A continuació s'aborda la importància del cos en l'actual societat industrialitzada, caracteritzada per la individualització, com a element fonamental en la construcció del projecte identitari i, també, com a porta d'accés a l'estigmatització i als tractes discriminatoris quan s'allunya de l'ideal corporal dominant. En aquest sentit, s'analitza la experiència incorporada de la grassor.

La segona part es centra en l'obesitat en tant que malaltia. Es fa una breu exposició sobre l'actual procés de medicalització i s'analitza la medicalització de l'obesitat en particular. S'examinen des d'una visió crítica els criteris utilitzats avui en dia per definir l'excés de pes, les dades sobre prevalença i les generalitzacions fetes sobre la magnitud del problema i la seva homogeneïtat en la literatura biomèdica, així com les diferents opcions terapèutiques i les estratègies preventives creades per fer front o prevenir l'excés de pes. Partint de dues mirades diferents, la dels professionals sanitaris i la d'individus diagnosticats de sobrecàrrega corporal, s'analitza la visió i experiències dels uns i dels altres respecte a la consideració de l'obesitat com a malaltia, a les seves causes i a les diverses opcions terapèutiques i preventives ideades per fer front al problema de l'obesitat, i als seus resultats.

La tercera part està dedicada a la mercantilització del cos i l'obesitat. S'analitza com les prescripcions mèdiques en relació al pes corporal s'han vist potenciades per un mercat que ha transformat la preocupació per la grassor en una oportunitat de negoci. Les converses amb persones en normopès, que malgrat això estan preocupades pel seu pes, i amb professionals relacionats amb la promoció d'hàbits saludables i/o amb l'estètica del cos, juntament amb l'anàlisi de la publicitat present en les pàgines web de diferents centres mèdics privats que ofereixen tractaments per reduir el greix corporal, ens aporta informació sobre la dinàmica d'aquest mercat.

Finalment, en l'epíleg s'intenta presentar, de forma resumida, aquells aspectes que es consideren més importants i que han sorgit fruit de l'anàlisi de les diferents fonts d'informació i fruit, també, de la reflexió.

Vull assenyalar que si bé en algunes parts d'aquest text adopto una postura crítica front a determinats aspectes de la biomedicina, com poden ser els possibles efectes adversos derivats del procés de medicalització, com etiquetatges o tractaments innecessaris, malbaratament econòmic o sorgiment d'una preocupació recurrent per la salut, no ignoro les seves aportacions i opino que la medicina preventiva o curativa pot ser molt eficient quan és necessària. Advoco per un apropament entre ciències socials i ciències biomèdiques, pel diàleg entre antropòlegs de la medicina i professionals del sector de la salut, com a forma d'enriquir i millorar la comprensió i l'acostament a diferents situacions de salut-malaltia-atenció. En el meu cas, aquest interès per cercar un espai de trobada entre aquestes dues mirades no és gratuït, sinó que té a veure amb la meva formació i experiència com a infermera, primer en l'àmbit sanitari i després com a professora universitària en la formació de professionals d'infermeria, i amb la meva posterior formació com a antropòloga i màster en antropologia mèdica. Seguint a Claude Fischler, es fa necessari "ensanchar un poco la brecha entreabierta e intentar adoptar una actitud transdisciplinaria e integradora, o mejor aún: una actitud *indisciplinaria*" (1995: 22).

Abans d'entrar en matèria vull assenyalar que la tesi està escrita en català, ja que aquesta és la meva llengua materna i em permet expressar-me millor. D'altra banda, reivindico la producció científica en català. Quan a les cites d'altres autors, en el cas del català i el castellà apareixen en la llengua original, aquelles que originalment són en francès o anglès han estat traduïdes al català. Entenc que així és més fluïda la lectura. Respecte als relats de les persones entrevistades, s'ha mantingut la llengua original emprada per aquestes persones, que sempre ha estat el català o el castellà.

També vull assenyalar que la primera vegada que apareixen els diferents autors citats al llarg del text faig constar el seu nom i cognom, posteriorment només apareix el cognom. D'altra banda, utilitzo l'abreviatura "cf." (derivada del llatí *confer* i que s'utilitza per referir al lector a un altre text o a un altre passatge del mateix text) per remetre a un apartat de la tesi que conté informació relacionada amb un aspecte que ja ha estat tractat o que es tractarà més endavant.

La tesi que es presenta a continuació és el resultat d'un procés llarg i laboriós, i en certs moments força dificultós. Temes professionals i familiars, que no fan al cas, han fet que aquest procés s'allargués en el temps més del desitjable. Tanmateix, mai he pensat en abandonar-lo i, finalment, he pogut finalitzar-lo. Espero, si més no, que aquest treball contribueixi a la comprensió del problema de l'obesitat i, sobretot, a comprendre millor les dificultats i els reptes amb què es troben quotidianament les persones grasses.

La obesitat com a problema

Aquesta recerca té com a objectiu principal aprofundir en la comprensió de les raons per les quals l'obesitat s'ha problematitzat, tant des del punt de vista sanitari, com social, econòmic i polític, i no només a les societats industrialitzades, sinó a nivell global. La vigilància del pes s'ha transformat en un imperatiu de salut i social, alhora que es presenta com assolible a través del consum i l'acceptació de les normes actuals sobre salut i perfecció corporal que estableix el nostre marc cultural. Es tracta, per tant, de retre compte de les diverses implicacions que hi ha darrera la conceptualització de l'obesitat com a patològica i del creixent desplegament de nous procediments biomèdics i estètics destinats a controlar o modificar el pes corporal i adequar-lo a l'ideal dominant de primesa i esveltesa que dicta la nostra societat. Analitzar aquest fenomen des de la perspectiva de l'antropològica mèdica ens permetrà anar més enllà de la fisiologia individual i les característiques personals, que habitualment emfatitzen les ciències biomèdiques, i assenyalar el context en què sorgeix la preocupació pel pes i les formes corporals, descobrir les bases sobre les quals s'estructura el seu significat, així com les implicacions de la lluita contra l'excés de greix. S'intentarà mostrar, d'aquesta manera, com s'entrecreuen els processos d'individualització, de medicalització i de mercantilització del cos i la salut vigents a la societat industrial contemporània, la seva influència en la concepció actual de la grassor com a problemàtica i les contradiccions que se'n deriven.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Per tal d'abordar l'articulació de tots aquests processos es plantegen els següents objectius:

1. Revisar les aportacions fetes des de les ciències socials i des de les ciències biomèdiques relatives a estudiar el cos en el seu context social i a l'interès per regular-lo i "normalitzar-lo", i també els diversos documents, especialment estratègies integrals i programes preventius, creats des de diferents institucions oficials amb la finalitat de fer front i prevenir l'obesitat.
2. Caracteritzar la importància atorgada al cos a la nostra societat contemporània com a element central en la construcció del projecte identitari, mostrant les possibles diferències o similituds existents en relació al gènere.
3. Donar compte del procés de medicalització del pes corporal, la seva influència en la manera de conceptualitzar l'obesitat i les possibles conseqüències que se'n deriven. En aquest context de medicalització, interessa presentar i analitzar l'estat actual del debat sobre les causes que s'associen a l'augment de prevalença de l'obesitat esdevingut en les últimes dècades, els criteris diagnòstics utilitzats per definir les diverses categories de pes corporal, les diferents opcions terapèutiques ideades des de la biomedicina per fer front a l'excés de pes i els seus resultats, així com els arguments que porten a considerar la grassor com una qüestió de salut pública i justifiquen una política de prevenció.
4. Analitzar el procés de mercantilització del pes i la forma corporal i mostrar la relació que existeix entre consumisme, individualisme i control o millora de si mateix. Amb aquesta finalitat es pretén caracteritzar la condició de mercaderia i d'entitat modificable que adquireix el cos en el capitalisme de consum, identificar els múltiples interessos, més o menys contradictoris, que conflueixen entorn al "problema" de l'obesitat, els diversos tractaments que ofereix el mercat per reduir el pes o modificar les formes corporals, les estratègies i discursos que aquest utilitza per vendre els seus productes i la seva relació amb el model culturalment hegemònic respecte del cos i la salut.
5. Conèixer els marcs interpretatius referents a cos i obesitat, tant des de la vessant de professionals relacionats amb el món de la salut i l'estètica corporal, com des de

la perspectiva de persones qualificades com a obeses o amb sobrepès, segons els criteris actuals, i també d'aquelles que malgrat no presentar sobrepès o obesitat estan preocupades pel seu pes i formes corporals. Em refereixo no sols a descripcions de la realitat, sinó també a les experiències i a les representacions que donen significat a aquesta realitat i estructurin la comprensió de la mateixa. En aquest sentit interessa:

- Explorar la posició, comuna o diferencial, dels professionals en relació a la conceptualització del sobrepès i l'obesitat i, també, de les persones obeses, a la causalitat de l'excés de pes, a les intervencions ideades per prevenir i fer front a l'obesitat i als seus resultats.
- Analitzar com la concepció actual de l'obesitat afecta als individus etiquetats com a obesos o amb sobrepès, és a dir, la representació que tenen d'ells mateixos, la incorporació, o no, de l'obesitat com a malaltia, les possibles respostes o estratègies dutes a terme per enfrontar-la, l'opinió respecte a les intervencions mèdiques i als professionals, i les possibles repercussions que el seu "excés de pes" pot tenir a nivell social i emocional.
- Analitzar per què algunes persones sanes i que presenten un pes considerat "normal" incorporen la preocupació pel pes corporal.

Es parteix de la hipòtesi segons la qual el fet que l'obesitat hagi esdevingut un problema de dimensions sanitàries, polítiques i socials prové de la confluència de tres fenòmens transversals, com són la individualització, la medicalització i la mercantilització.

Coincidint amb la centralitat que el cos i la salut han adquirit a les societats industrialitzades contemporànies, l'augment de prevalença de l'obesitat observat en les dues o tres últimes dècades, la seva designació com a malaltia i la insistència per part de professionals i autoritats sanitàries en la necessitat de prevenir-la i tractar-la haurien afavorit en moltes persones la preocupació pel pes, i legitimat la recerca de

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

solucions encaminades a assolir un cos prim i esvelt, considerat avui en dia com a paradigma de bellesa i salut. Les dones, més sotmeses als imperatius de l'estètica corporal per raó de la definició social de feminitat i masculinitat, estarien més afectades si no aconseguen aquest ideal.

En un entorn altament individualitzat com el nostre, que posa l'accent en l'autoresponsabilitat i l'autoorganització de la biografia individual, no aconseguir aquest cos prim i esvelt, en conformitat als límits social i medicament establerts, s'interpretaria com una manca de competència per cuidar de si mateix, i suposaria una possible via d'accés a l'estigmatització i la discriminació social, sense tenir en compte que les situacions que afavoreixen l'obesitat no depenen únicament de la pròpia voluntat.

En aquest context, la biomedicina, malgrat considerar l'obesitat com un problema d'origen multifactorial, focalitza les causes i les accions terapèutiques i preventives en les conductes individuals, fet que portaria implícit un judici moral en considerar que l'obès no orienta el seu estil de vida cap a la salut i és, en gran mesura, responsable de la seva grassor. Plantejo que els discursos polítics i biomèdics conceben l'obesitat com una desviació de la norma i amb la seva intervenció busquen crear en els individus obesos una actitud crítica envers el seu cos i estil de vida, a fi que segueixin unes normes de conducta "adequades" i contribueixin, així, a garantir l'ordre social. Seguint el concepte de governamentalitat de Foucault (1981), aquesta interiorització del suposat desordre i la incorporació de les normes funcionaria com un mecanisme de regulació, que descansa en l'exigència d'autoresponsabilitat o govern de si mateix.

En relació a la definició biomèdica de l'obesitat com a malaltia, sostinc la idea que aquesta visió estaria delimitada de manera precisa d'acord a uns determinats criteris o paràmetres, sense tenir en compte que la malaltia és també una entitat subjectiva i subjecta a transformacions. D'acord amb Canguilhem (1971), per apreciar què és normal i què és patològic cal mirar més enllà del cos, ja que allò que és normal en un determinat medi, cultura o moment pot no ser-ho en un altre, de la mateixa manera que pot existir una frontera precisa per a cadascú de nosaltres com a subjectes individuals.

D'altra banda, la dificultat de la biomedicina per anar més enllà del cas individual i la seva visió descontextualitzada dels condicionaments estructurals que afavoreixen el desenvolupament de l'obesitat impediria una anàlisi profunda de la contribució del sistema a la gènesi de l'obesitat i un millor coneixement de la naturalesa social del comportament humà. També, i d'acord amb autors com Menéndez (2000) o Martínez-Hernández (2008), la relació asimètrica que s'estableix sovint entre professional i pacient, caracteritzada per un model monològic i verticalista, suposaria un obstacle per al diàleg i dificultaria la comprensió del fenomen de l'obesitat.

De l'interès mostrat per la comunitat mèdico-científica pel tema de l'obesitat i del relatiu fracàs i decepció que acompanyen el seu tractament se n'hauria beneficiat el mercat que, emfatitzant la mal-leabilitat del cos i fusionant hàbilment conceptes com salut, estètica, individualisme i hedonisme, intentaria crear en les persones la necessitat d'actuar sobre el propi cos, transformant l'obesitat-malaltia en una oportunitat de negoci.

Suggerixo que el discurs mèdic sobre obesitat està influenciat per la cultura consumista que idealitza la primesa i, per tant, subjecte a la racionalitat del mercat. Si bé en aquest discurs la dimensió sanitària prevaldria sobre la dimensió estètica, l'imperatiu sanitari vindria a reforçar la norma estètica, contribuint d'aquesta manera a una creixent orientació consumista cap el cos i la salut. Al mateix temps, el mercat hauria utilitzat el discurs biomèdic sobre obesitat i malaltia per donar major credibilitat a les seves propostes per perdre pes i millorar la figura corporal.

Seguint a autors com Bordo (1993), Lipovetsky (1999) o Esteban (2004), en la societat de consum coexisteixen en difícil equilibri la incitació al consum i la contenció, la recerca del plaer i la disciplina del cos, posant de manifest les contradiccions o la hipocresia del sistema que, finalment, es traduiria en una major incertesa o malestar en relació al pes corporal.

Entenc, doncs, que és en aquest context de individualització, medicalització i mercantilització que caldria situar la problematització de l'obesitat i la condició de mercaderia i d'entitat modificable que ha adquirit el cos en capitalisme de consum.

Contextos, subjectes i eines

La recerca en temes de salut ha estat i continua sent per a un nombre important de professionals de la biomedicina sinònim d'investigació quantitativa. El prestigi de què gaudeixen els mètodes quantitativs, degut al desenvolupament i la influència del positivisme predominant en les ciències naturals, ha decantat la balança al seu favor respecte dels mètodes qualitativs. Però quan l'investigador dirigeix la seva mirada cap a situacions de salut que tenen un important component social i cultural l'anàlisi basat en la quantificació i la medicació, orientat a establir promitjos i generalitzacions a partir de l'estudi de les característiques d'un gran número de casos, resulta massa rígid i tendeix a simplificar excessivament les pràctiques socials, condicionades per complexes articulacions i per processos dinàmics i canviants en el temps i l'espai. Generalment la metodologia qualitativa estudia un número reduït de casos, si bé rellevants per la profunditat amb què s'analitzen, tractant de copsar el fenomen estudiat en totes les seves dimensions. Així, el mètode quantitativ pot ser útil quan es pretén mesurar la magnitud del fenomen, per avaluar i interrelacionar generalitzacions d'ampli abast. El qualitativ ho és quan el que es busca és una visió més completa, holística i contextual del tema estudiat.

“El procés d'emmalaltir, la gestió de la salut, l'autocura, els itineraris terapèutics i l'atenció a la mort, entre d'altres, varien en funció dels sistemes culturals en els quals es produeixen (Martínez-Hernández, 2008). Això fa que certs processos només es puguin entendre i descriure en tota la seva complexitat a partir d'una mirada pròxima, èmic², que proporciona l'ús de tècniques qualitatives, però també distant, ètic, que posa de manifest la cara no visible de la realitat i que sovint inclou relacions de poder, desigualtats socials, de gènere i de classe, generalment ocultes i que només es poden copsar a partir de les articulacions micro-macro, èmic-ètic, cas-context.” (Lina Casadó i Pilar Delgado-Hito, 2015: 88)

La investigació qualitativa ha estat profusament emprada pels investigadors socials procedents de l'antropologia i de la sociologia, que han mostrat el valor i rigor científic d'aquesta metodologia, però de forma minoritària per investigadors del món sanitari. Tanmateix, sembla existir una certa vindicació des de les ciències de la salut en favor

² En ciències socials el terme *èmic* fa referència a la interpretació de la realitat descrita des de dins (nadius, pacients), i *ètic* des de fora (experts).

de la investigació qualitativa, especialment des de la Salut Pública, que en els darrers anys ha incrementat els treballs basats en aquesta metodologia (Fernando Conde i Cristina Pérez, 1995; Manuel Amezcua i Alberto Gálvez, 2002; Carlos Calderón, 2002; M. Mercedes Arias i Clara V. Giraldo, 2011). Diferents aspectes han influït a partir de la dècada dels 70 i principis dels 80 del segle passat a aquest creixement de la perspectiva qualitativa en les investigacions de salut (Eduardo L. Menéndez, 2012). Per exemple, la necessitat d'avançar en el coneixement de les necessitats i expectatives de salut dels individus o en l'estudi de malalties cròniques, que tenen a veure sovint amb condicions estructurals, i on s'imposa comprendre els significats, sentiments o barreres percebudes per les persones que pateixen aquestes malalties, o l'atenció a persones que en virtut de les seves peculiaritats físiques o psíquiques troben dificultats per realitzar les activitats de la vida diària, o el coneixement dels factors que intervenen en l'efectivitat de programes d'intervenció en salut, entre d'altres. Aquests diversos aspectes reclamen un acostament de les diferents metodologies i, com destaquen alguns autors com Enrique Perdiguero i Josep Maria Comelles (2000), un intercanvi interdisciplinar. En aquest sentit, Susana Carro-Ripalda (2011), a partir de l'experiència de col·laboració en un programa de salut pública al Regne Unit, advoca per l'obertura de l'antropologia a la interdisciplinarietat i per la necessitat de cercar nous espais intersticials o d'hibridació on aplicar els seus coneixements i potenciar la seva presència en l'àmbit social i professional.

En relació a l'obesitat, la majoria de treballs provenen de l'enfocament quantitatiu hegemònic en els estudis clínics i epidemiològics de salut. Aquest enfocament reconeix l'etiologia complexa de l'obesitat, però es centra en la causalitat biològica, combinant dades epidemiològiques amb informació procedent de disciplines com la bioquímica o la genètica, i en les conductes individuals, sense considerar les variables socials i culturals, reduint la comprensió del fenomen i creant una visió estereotipada de les persones grasses. Però resulta clar que la complexitat del fenomen de l'obesitat excedeix les categories analítiques i la metodologia i tècniques d'aquest enfocament, i planteja la necessitat d'articular altres formes d'abordar el problema per retre compte de la seva multidimensionalitat. L'abordatge d'aquesta problemàtica des de la

metodologia qualitativa prové de les ciències socials; vull destacar els treballs esmentats a l'inici d'aquest text, en els quals jo mateixa he participat.

En el context d'aquest treball, l'aproximació metodològica implementada ha estat de tipus de qualitatiu, cosa que ha permès accedir a l'objecte d'estudi d'una manera més aprofundida i comprensiva. Així, la incorporació d'aquest enfocament en l'estudi de l'obesitat ha pretès analitzar el context de producció o construcció del problema, determinant els aspectes socials, culturals, històrics i polítics en què s'emmarca, i copsar les opinions o experiències de diferents actors socials que, d'una manera o d'una altra, participen en el problema, comunament exclosos en les aproximacions quantitatives, aportant una major riquesa d'informació que ens acostava a una millor comprensió de l'objecte d'estudi. Steve J. Taylor i Robert Bogdan (2002) destaquen la capacitat de l'investigador qualitatiu d'interactuar de manera natural i no intrusiva, de copsar la realitat tal com altres l'experimenten i d'identificar-se amb les persones que estudien per tal de comprendre com aquestes veuen les coses. Observant a les persones en la seva vida diària o escoltant-les l'investigador obté un coneixement directe de la situació, d'allò que pensen les persones. Mentre que la biomedicina busca generalitzar, explicar, l'antropologia busca aprofundir, comprendre .

Cal assenyalar que el fet de ressaltar aquesta perspectiva qualitativa no suposa descartar la quantitativa. Aquesta no és la intenció, de fet al llarg del treball han estat considerades dades procedents d'aquest tipus d'estudis, no assolibles des de l'enfocament qualitatiu, entenent que aporten una altra perspectiva que pot enriquir el coneixement, cosa que no exigeix de considerar les seves limitacions o les repercussions dels seus resultats en el tema de l'obesitat. Molts autors ja han discutit sobre els avantatges o limitacions d'aquestes dues aproximacions i també han convingut que no cal jutjar-les com a eines contraposades, sinó complementàries (Fernando Conde, 1990; Carlos E. Vasco, 2003; Elena Jorge, 2003; Thomas D. Cook i Charles S. Reichardt, 2005; Manuel Montañés, 2007).

D'altra banda, com explica Menéndez (2012), assumir que les aproximacions estadístiques poden establir generalitzacions i les aproximacions qualitatives no és incorrecte o, si més no, parcialment incorrecte. L'autor assenyala que tant les unes

com les altres poden fer generalitzacions, diferents sens dubte, cosa que no nega que ambdues desenvolupen instruments que possibiliten proposar generalitzacions. Mabel Gracia (1997), parla de *representativitat* i *significativitat*. Explica que la representativitat constitueix una via analítica que arriba a generalitzacions a partir de l'estudi d'un elevat número de casos. Opina que aquesta via analítica, si bé pot ser útil per avaluar e interrelacionar generalitzacions de llarg abast, també pot comportar una abstracció i sistematització del procés d'obtenció de dades i deixar de banda aspectes que són importants per a la pròpia generalització. En relació a la significativitat, assenyala que els estudis basats en un número reduït de casos poden, per la rellevància de la seva especificitat informativa, arribar a establir generalitzacions. D'acord amb aquesta visió, el present treball se situa en aquesta via d'anàlisi basada en la significativitat.

L'àrea geogràfica on s'ha dut a terme el treball empíric és Catalunya, principalment a les ciutats de Tarragona, Barcelona, Badalona i Tortosa per ser aquests àmbits força coneguts per la investigadora, cosa que ha permès un més fàcil accés als dispositius sanitaris assistencials i als informants. Malgrat que aquests municipis tenen característiques sociodemogràfiques diferents, les persones que viuen en ells comparteixen unes característiques comunes derivades dels processos d'industrialització i urbanització, com els constrenyiments horaris, conseqüència de llargues jornades laborals o formatives, la manca de temps per cuinar, l'oferta d'un amplí ventall d'aliments per al consum immediat elaborats per la indústria alimentària, la consolidació de l'ús de l'automòbil o altres mitjans de transport, o també l'accés a Internet, entre d'altres. De manera general, amb les precisions oportunes, s'entén que aquestes característiques es poden extrapolar al conjunt de la població d'altres ciutats de Catalunya o de la resta de l'Estat.

La revisió bibliogràfica ha estat una part important del treball i ha permès situar teòricament el tema i construir les bases sobre les què s'ha anat desenvolupant la investigació. Aquesta revisió s'ha fet a l'inici de l'estudi per orientar i donar suport a les hipòtesis de partida i també durant tot el procés, per anar reforçant teòricament les diferents parts del text i contrastar les aportacions teòriques amb el treball empíric.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Per a això s'ha dut a terme una revisió de textos procedents de la literatura nacional i internacional relacionats amb l'objecte d'estudi. S'han revisat treballs procedents de diferents disciplines com l'antropologia social, la sociologia, les ciències de la salut, l'epidemiologia, la filosofia, la història, la publicitat o l'economia. Aquesta bibliografia la conformen llibres i articles que parlen del cos en el context social, del gènere, de l'individualisme, de la salut i de la malaltia, de la temàtica específica de l'obesitat, de la medicalització o de la mercantilització del cos i de la salut, del consum o de la metodologia. També s'han consultat tesis doctorals que tracten del cos, de la salut, de la medicalització o de l'alimentació. Per últim, cal afegir la consulta i anàlisi de diversos documents, especialment aquells relacionats amb el problema de l'obesitat, com informes, documents de consens, estadístiques, estratègies i programes preventius provinents de societats científiques o d'organismes oficials com la Generalitat de Catalunya, el Govern d'Espanya o l'Organització Mundial de la Salut, entre d'altres, que ens parlen de com les societats científiques o els diferents organismes conceben el problema de l'obesitat i de com creuen que cal afrontar-lo, contribuint a donar la veu oficial sobre aquest problema de l'obesitat.

La recerca d'aquest material bibliogràfic s'ha fet principalment a les biblioteques de diverses universitats catalanes i espanyoles, de forma presencial o a través d'Internet. Ha estat de gran ajuda el recurs al Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació (CRAI) de la Universitat Rovira i Virgili, i també el préstec de textos a través del Catàleg Col·lectiu de les Universitats de Catalunya (CCUC). La consulta de tesis doctoral s'ha fet al repositori Tesis Doctorals en Xarxa (TDX). La dedicació a la recopilació de material bibliogràfic i documental ha estat fructífera i ha requerit bastant més temps del previst inicialment.

Quant als subjectes d'estudi, la intenció ha estat recollir i analitzar una pluralitat de veus que permetés caracteritzar les opinions o sensibilitats dels diferents actors socials, que poden mostrar lectures similars o diverses d'una mateixa realitat. Clifford Geertz (2000) parla d'*etnografia densa*, oberta a aquesta pluralitat de veus, a vegades contraposades, que configuren una realitat plural, heterogènia i que ajuda a construir una interpretació més completa i equilibrada respecte del fenomen estudiat. Menéndez (2002) destaca la importància d'introduir la perspectiva relacional. Explica

que cal tenir en compte les característiques de cada actor social, però, també, el procés relacional que es dona entre els diferents actors, donat que aquest procés relacional pot constituir una realitat diferent d'aquella que ofereixen cada un dels actors per separat. Tampoc la perspectiva de l'actor pot ser entesa sense referir-la a les relacions establertes amb altres actors significatius.

Per a aquest treball s'han planificat quatre grups d'estudi (Taula 1 i 2). El primer correspon a vint persones adultes, dones i homes d'entre 18 i 54 anys, diagnosticades de diferents graus de sobrepès o obesitat i que estan rebent tractament mèdic. S'ha intentat escollir tant dones com homes, si bé finalment el número de dones és superior, per tal de conèixer si existeixen diferències quant a les representacions o experiències en relació a la seva grassor. Aquestes persones pertanyen a la classe mitjana, definida pel seu nivell d'ingressos i formació, i totes elles segueixen tractament a la xarxa assistencial pública. El fet que totes aquestes persones siguin de classe mitjana no ha estat intencionat i, probablement, té a veure amb el fet que la recerca d'informants s'ha establert a partir de contactes personals, en un àmbit pròxim a la investigadora. Quant al nivell d'estudis, varien des d'estudis primaris a estudis de grau superior. El segon grup està format per onze professionals de la salut considerats d'interès per a l'estudi per la seva experiència en l'atenció a persones que presenten sobrepès o obesitat. El componen sis metges, quatre infermers i una nutricionista. Entrevistar a persones diagnosticades de sobrepès o obesitat suposa el millor camí per comprendre les representacions o experiències d'aquestes persones en relació al seu excés de pes. Però conèixer només la perspectiva d'aquests actors limita la comprensió del fenomen de l'obesitat, cosa que m'ha portat a incloure un enfocament relacional que consideri també les opinions de professionals de la salut en relació a aquests tema. La inclusió d'aquestes dues perspectives resulta pertinent per presentar el model de comunicació que es dona en la relació professional-pacient i mostrar les tensions, contradiccions o punts en comú que poden existir.

Un tercer grup el formen quatre persones, dos dones i dos homes, que malgrat estar sanes i no presentar un excés de pes fan dieta o practiquen altres formes de control del pes corporal, cosa que fa pensar que han incorporat una part dels ideals o objectius de salut i estètics vigents a la nostra societat. Aquestes persones també pertanyen a

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

classe social mitjana i tenen estudis de grau mitjà o superior. Finalment, el quart grup el componen set representants de col·lectius professionals relacionats amb la promoció d'hàbits saludables i/o amb l'estètica corporal. S'inclouen tres farmacèutiques, tres preparadors físics i un cirurgista especialista en cirurgia plàstica, reparadora i estètica. Les opinions d'aquests professionals respecte a l'actual preocupació pel pes i l'aparença física, i a la proliferació de productes i serveis destinats a millorar-lo, juntament amb l'anàlisi de les pàgines web de disset centres mèdics privats representatius de l'àmplia tipologia de negocis especialitzats en tractaments d'aprimament i estètica corporal, aporta informació sobre la dinàmica d'aquest mercat de la salut i l'estètica. Quant al criteri de selecció dels centres per analitzar les seves pàgines web, les úniques dues premisses han estat que oferissin tractaments destinats a disminuir el greix corporal i que estiguessin situats en l'àrea geogràfica on s'ha dut a terme l'estudi.

L'accés als professionals de la salut s'ha fet a través d'hospitals i centres d'atenció primària. Prèviament es va sol·licitar permís als directors mèdics i d'infermeria dels centres, als quals vaig presentar un resum del projecte. Només en el cas de tres professionals, que no treballen en el sistema públic de salut, vaig dirigir-me directament a la seva consulta privada. Cal dir que la meua vinculació de molts anys al món sanitari per motius professionals i personals em va facilitar molt l'accés. Només una metgessa va rebutjar participar argumentant que no tenia temps. En el cas de les farmacèutiques i dels preparadors físics em vaig adreçar directament a l'oficina de farmàcia o al gimnàs. S'ha de remarcar l'actitud de tots aquests professionals pel que fa a l'accessibilitat total i la col·laboració perquè la seva informació fos profitosa per al meu treball. Tots van trobar un espai en la seva agenda per poder-me atendre.

Pel que fa a l'accés a persones diagnosticades de sobrecàrrega ponderal i a aquelles catalogades com a normopès, aquest s'ha realitzat principalment a través de contactes personals. També alguns professionals em van facilitar el contacte amb algun dels seus pacients. Totes les persones a qui vaig proposar fer l'entrevista van accedir-hi sense cap problema. Vull destacar que la trobada amb aquestes persones ha estat per a mi una de les parts més agradable i satisfactòria d'aquest estudi. Totes elles m'han obert la porta per indagar en la seva vida, en la seva intimitat. M'han explicat les seves

experiències, els seus sentiments, sovint més enllà del que jo mateixa havia esperat. N'estic profundament agraïda.

Per mantenir la confidencialitat d'aquestes persones s'han utilitzat pseudònims. En el cas dels professionals s'han omès dades personals i també el nom dels centres on treballen per considerar que podrien ser fàcilment identificats.

Taula 1: Total professionals

	Professionals	Centre de treball
1	Metge expert obesitat	Xarxa Hospitals Utilització Pública
2	Metgessa endocrinòloga 1	Hospital ICS
3	Metgessa endocrinòloga 2	Hospital ICS
4	Metge internista	Mútua privada
5	Metge digestòleg	Hospital ICS Consulta privada
6	Metge de família	Centre Assistència Primària
7	Infermera 1	Centre Assistència Primària
8	Infermer 2	Centre Assistència Primària
9	Infermera 3	Hospital ICS
10	Infermera 4	Centre Assistència Primària
11	Nutricionista	Consulta Privada
12	Metge Cirurgia Plàstic	Consulta Privada
13	Farmacèutica 1	Propietària farmàcia
14	Farmacèutica 2	Propietària farmàcia
15	Farmacèutica 3	Propietària farmàcia
16	Preparador físic 1	Gimnàs privat
17	Preparador físic 2	Gimnàs privat
18	Preparador físic 3	Gimnàs municipal

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Taula 2: Persones amb sobrepès, obesitat o normopès

	Nom	Edat	IMC	Tractament
1	Arnau	21	35,2 Obesitat grau II	En tractament mèdic
2	Ariadna	21	31 Obesitat grau I	En tractament mèdic
3	Yvonne	33	29 Sobrepès grau II	En tractament mèdic: dieta i tractament hipotiroïdisme (abans obesitat mòrbida)
4	Cèlia	28	31,1 Obesitat grau I	Abans obesitat mòrbida, cirurgia bariàtrica als 24 anys. Ha tornat a guanyar pes, pendent de 2a intervenció cirurgia bariàtrica
5	Mercè	23	41,6 Obesitat mòrbida	En tractament mèdic
6	Catalina	26	50,9 Obesitat extrema	En tractament mèdic Pendent cirurgia bariàtrica
7	Julio	18	24 Ara normopès	En tractament amb dietista Abans sobrepès
8	Irene	35	42,8 Obesitat mòrbida	En tractament mèdic Pendent cirurgia bariàtrica
9	Laura	34	24 Ara normopès	En tractament mèdic Abans obesitat grau II Intervinguda cirurgia bariàtrica
10	Mònica	18	35,9 Obesitat grau II	En tractament mèdic
11	Isabel	45	33,3 Obesitat grau I	En tractament mèdic Intervinguda cirurgia bariàtrica
12	Juan	46	42 Obesitat mòrbida	En tractament mèdic
13	Xavier	27	31,9 Obesitat grau I	En tractament mèdic
14	Pau	32	32 Obesitat grau I	Tractament amb dietista, derivat d'endocrinòleg
15	Pilar	54	31,1 Obesitat grau I	Abans tractament mèdic, ara es controla ella sola
16	Carla	35	44 Obesitat mòrbida	En tractament mèdic
17	José	27	34,5 Obesitat grau I	En tractament mèdic
18	Clara	44	44,1 Obesitat mòrbida	En tractament mèdic
19	Mireia	26	30,4 Obesitat grau I	En tractament mèdic
20	Sara	35	>40	En tractament mèdic Pendent cirurgia bariàtrica
21	Núria	36	Normopès	Dieta autoimposada
22	Àlex	46	Normopès	Dieta autoimposada
23	Marta	43	Normopès	Dieta autoimposada
24	Daniel	47	Normopès	Dieta autoimposada

Els recurs a diferents actors socials, juntament a l'anàlisi de les pàgines web, la revisió bibliogràfica i la consulta i l'anàlisi de diversos documents (informes, documents de consens, estadístiques, estratègies i programes preventius) pretén aportar contrastació, contextualització i validació de les dades.

Les dades de l'estudi s'han obtingut a partir de l'aplicació de tècniques qualitatives. Les tècniques de treball de camp utilitzades han estat les entrevistes en profunditat, les entrevistes semiestructurades i el buidatge de textos de les pàgines web de diferents centres mèdics privats.

Les entrevistes en profunditat (o no estructurades) es poden definir com: "Encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras" (Taylor i Bogdan, 2002: 101). Com expliquen aquests autors, les entrevistes segueixen el model d'una conversa entre iguals i no d'un intercanvi formal de preguntes i respostes. Aquestes permeten als individus construir el seu discurs, descriure les seves experiències, emetre les pròpies opinions i, fins i tot, introduir aspectes que l'entrevistador no havia previst inicialment. Tanmateix, l'entrevistador pot reconduir el procés de reflexió si aquest s'allunya massa de l'objecte d'investigació, però procurant sempre interferir el mínim possible i evitant induir respostes o opinions en la persona entrevistada. Tant en el cas de persones diagnosticades d'obesitat o sobrepès o d'aquelles que presenten normopès, com en el cas dels professionals de la salut s'ha aplicat aquest tipus d'entrevista. Aquesta resulta idònia per abordar un tema complex com és el de l'obesitat, on les experiències o les opinions de les persones entrevistades poden ser diverses en funció de les circumstàncies o múltiples factors que incideixen en cada cas particular.

S'han elaborat diferents guies d'entrevista tenint en compte les persones a qui anaven dirigides. La finalitat ha estat assegurar que els temes claus serien explorats. No es tracta, doncs, d'un protocol estructurat sinó d'una llista d'àrees generals, organitzades en funció de com es preveia que la conversa es podia desenvolupar, però alhora flexible per adaptar-la a les circumstàncies de cada cas i a la dinàmica de la conversa.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

En el cas de les persones amb excés de pes les entrevistes s'han centrat prioritàriament en la descripció que elles fan de la seva experiència particular en relació a la corporalitat i a les pràctiques corporals, a les experiències de discriminació, a considerar o no la seva grassor com a malaltia, a les causes d'aquesta grassor, al tractament mèdic i a la relació amb els professionals sanitaris. També ha interessat conèixer la seva opinió respecte a les iniciatives de les administracions per prevenir l'obesitat. Quant a les entrevistes dirigides als professionals, aquestes han estat enfocades a copsar la seva concepció de l'obesitat i de les persones obeses, dels criteris diagnòstics, de la causalitat, de les conseqüències de l'excés de pes, de l'abordatge terapèutic i de la prevenció. Finalment, les dirigides a persones amb normopès que practiquen alguna forma de control del pes s'han centrat en la representació del cos i en les pràctiques corporals, en les opinions envers l'obesitat i les persones obeses i en les causes que, segons ells, condueixen a l'obesitat.

Respecte a les entrevistes semiestructurades, la seva direcció està més clarament en "mans" de la investigadora, tanmateix comparteixen amb les anteriors el caràcter obert de les preguntes i la profunditat amb què s'aborden els temes tractats (Joan J. Pujadas, Dolors Comas i Jordi Roca, 2004). Aquestes entrevistes són útils quan interessa focalitzar o aprofundir en aspectes concrets. És el cas de les aplicades als professionals relacionats amb la promoció d'hàbits saludables i/o amb l'estètica corporal, enfocades a conèixer la seva opinió respecte a l'actual preocupació pel pes i l'aparença del cos, en dones i homes, i respecte a la proliferació de productes i serveis destinats a millorar-lo o modificar-lo.

En totes les entrevistes s'ha demanat una cita prèvia per sol·licitar la col·laboració i explicar l'objectiu de la recerca, s'ha garantit la confidencialitat i l'anonimat de les dades. Les entrevistes han transcorregut en diferents entorns i en tots els casos s'ha donat a la persona entrevistada la possibilitat d'escollir el lloc, el dia i l'hora per realitzar-la, sempre tenint en compte que les condicions fossin les apropiades per garantir la tranquil·litat i la privacitat de la trobada. Crear un clima on entrevistador i entrevistat se sentin còmodes té un efecte directe sobre la qualitat, quantitat, profunditat i validesa de la informació obtinguda. Les sessions han tingut una durada mitjana d'una i mitja a dues hores. Totes les entrevistes han estat aplicades

individualment i enregistrades, sempre previ consentiment de la persona entrevistada. La gravadora no ha estat mai un element distorsionador.

Per al buidatge i posterior anàlisi dels textos de les pàgines web de diferents centres mèdics privats s'ha dissenyat una guia/fitxa que inclou diferents temes: els tipus de tractaments que aquests centres realitzen per reduir el greix i millorar la forma del cos, les referències a les causes d'augment del greix corporal, els arguments utilitzats per justificar la conveniència del tractament, el públic a qui va dirigit, i els preus, ofertes o facilitats de pagament. S'entén que aquestes pàgines web suposen un instrument privilegiat per donar a conèixer els serveis que ofereixen els centres i dirigir les demandes dels potencials clients.

Finalment, i pel que fa a la temporalitat de la recerca, aquesta s'ha realitzat entre finals de l'any 2008 i finals del 2015. Com ja s'ha comentat, la recerca bibliogràfica i documental s'ha realitzat durant tot el procés, si bé ha estat més intensa a l'inici. El període 2008- 2009 es va dedicar exclusivament a buscar la literatura que permetés crear un marc teòric a partir del qual treballar, establir els objectius i les hipòtesis, i dissenyar i planificar la recerca. Pel que fa al treball empíric, aquest s'ha realitzat en dues fases. La primera fase entre 2009 i 2011 es va destinar a elaborar els guions d'entrevista, a establir contactes i, posteriorment, a realitzar les primeres entrevistes a professionals del sector sanitari i a persones diagnosticades de sobrepès o obesitat. En la segona fase, entre 2011 i 2013, es van elaborar els guions de noves entrevistes, es van establir nous contactes i es van realitzar entrevistes a professionals relacionats amb la promoció d'hàbits saludables i/o amb l'estètica corporal, i també a persones que malgrat presentar un pes "normal" estaven preocupades pel seu pes. En aquest període també es va elaborar la guia/fitxa per fer el buidatge dels textos de les pàgines web dels diferents centre mèdics privats i es va dur a terme la corresponent recerca. Simultàniament, es van transcriure totes les entrevistes i es va codificar la informació recollida per a la seva posterior anàlisi i interpretació, i es va iniciar la redacció de les primeres parts del text. Tanmateix, com assenyalen Martyn Hammersley i Paul Atkinson, en investigació qualitativa l'anàlisi de la informació no és un procés diferent de la investigació, "se inicia en la fase anterior al trabajo de campo, en la formulación y definición de los problemas de investigación, y se prolonga durante el proceso de

redacció del text" (2009: 223). En aquest cas ha estat així, si bé la principal fase d'anàlisi i redacció va ser a partir del 2013 i fins a l'actualitat. En aquest temps he anat analitzant, escrivint i fent les últimes lectures per arribar a la redacció final de la tesi. En les tres parts del text he optat per fer primer una aproximació teòrica al tema tractat, per després anar entrelaçant els comentaris de les persones entrevistades o el contingut dels textos de les pàgines web amb els meus propis comentaris o reflexions, i amb la bibliografia i documents relacionats amb els diferents aspectes tractats.

D'acord amb Casadó i Delgado-Hito:

"La recerca qualitativa suposa un trajecte sorprenent, dinàmic, interactiu, reflexiu, subjecte a les regles del joc del camp i que difícilment es correspon amb el seguiment d'un pla preestablert *stricto sensu*. D'aquí la seva riquesa i alhora la seva complexitat, i és que partim de la base que hi ha moltes construccions o interpretacions possibles del fenomen que estudiem i que aquest fenomen és variable en funció del temps i del context en el qual treballem" (2015: 107)

PRIMERA PART:

COS I SOCIETAT. PROBLEMATITZAR EL COS

El cos ha adquirit un interès creixent en l'antropologia i la teoria social contemporània coincidint amb la centralitat que se li atorga a les societats industrialitzades, amb els canvis socials que el situen com a subjecte i vehicle de representacions i pràctiques socials. En aquesta primera part abordo el cos com a tema d'estudi per a les ciències socials, considerant les aportacions teòriques més rellevants en relació a l'objecte d'estudi, i partint de la idea que els diferents enfocaments que es plantegen no són necessàriament excloents sinó articulables entre sí i que, finalment, tots contribueixen a enriquir la nostra mirada sobre el cos. D'altra banda, la contextualització diacrònica ens permet entendre millor les raons de pràctiques i representacions al voltant del cos gras. La meua intenció no és fer una història de la primor ni de la grassor, només oferir unes pinzellades sobre l'evolució dels estàndards corporals, els canvis i les permanències, per conèixer com s'ha anat configurant l'actual ideal de bellesa corporal i el lloc central que aquest ocupa en el nostre context cultural. Aquest breu esbós històric ens permet, també, tenir idea de les concepcions que la biomedicina, impregnada de prejudicis culturals, ha anat construït sobre l'obesitat, fins a considerar-la una malaltia. Veiem, després, com en la societat industrial contemporània, caracteritzada per un individualisme institucionalitzat que posa l'accent en la l'autoresponsabilitat i l'autoorganització de les biografies individuals, el cos ha esdevingut un element fonamental en la construcció del projecte identitari i, també, una porta d'accés a l'estigmatització i als tractes discriminatoris quan el cos s'allunya dels patrons corporals dominants. En aquest sentit, les dades etnogràfiques ens permeten observar l'experiència incorporada de la grassor, ens mostren com les persones obeses o amb sobrepès estan sotmeses a les reaccions que el seu cos suscita en els altres, i també a si mateixes, transformant sovint la seva "peculiaritat" en una diferència marcada negativament, cosa que pot suposar una font d'insatisfacció i un entrebanc per a les relacions socials.

1. Pensar el cos en el marc de les ciències socials

“Per què el cos humà ha aconseguit aquesta rellevància en la vida diària i què podem aprendre’n sobre l’estructura i dinàmica de la societat contemporània?”³

(Alan Petersen, 2007: 2)

“Inconscientment no sempre que diem “ment” estem dient alhora “cos” i a l’inrevés. Però la gran certesa, malgrat la tradició analítica, és que se’m presenten com un conjunt dialògic de perfecta harmonia i quan la ment se sent trista, el cos llangueix, i quan el cos es fereix, l’ànima sent dol.”

(Francesc Sauquet, 2006: 104)

Malgrat que el cos ha estat d’alguna manera sempre present en el pensament social, el seu estudi com a objecte de les ciències socials es pot considerar relativament nou. Si bé, com explica Bryan Turner (1989, 1994), l’antropologia mostrava interès pel cos des del segle XIX⁴, no és fins a la dècada de 1970 que l’antropologia del cos comença a definir-se com a camp d’estudi específic. Una dècada més tard la producció teòrica en torn a ell es fa visible i adquireix un lloc en les agendes acadèmiques (Silvia Citro,

³ La traducció és de l’autora.

⁴ Turner (1994) subratlla la importància que ha tingut l’activitat desenvolupada en l’antropologia física, cultural i filosòfica, en oposició a la sociologia, que s’ha incorporat d’una forma relativament recent a aquest camp d’estudi.

2011). Aquesta preocupació pel cos s'observa no sols en l'aparició de l'antropologia del cos sinó també en altres àrees d'estudi com l'antropologia mèdica, l'antropologia de l'alimentació, l'antropologia del gènere, la teoria de la *performance*, la teoria feminista, la sociologia, la filosofia, la psicologia, la història, entre d'altres. En les últimes dècades s'ha intensificat el poder explicatiu del cos i dels temes associats a ell, cosa que ha permès reconèixer el caràcter corpori de la vida i el seu pes social i polític. Els diferents estudis ens proporcionen explicacions sobre com algunes característiques aparentment individuals, com l'aparença física, el comportament corporal, els gustos o els costums de les persones, no són només trets personals, sinó que estan fortament condicionats per factors socioculturals, com ara la classe social o el gènere.

Aquest interès creixent per l'estudi del cos que mostren les ciències socials té a veure amb certs canvis lligats a la crisi de valors i institucions de la modernitat, que han fet del cos un element cada cop més central en els països industrialitzats. Turner (1989, 1994) enumera una sèrie de canvis socials que explicarien la rellevància que ha adquirit el cos en la teoria social contemporània. En primer lloc, el pensament feminista que ha qüestionat la noció de què biologia és igual a destí i ha replantejat el problema de la discriminació en termes de gènere. En segon lloc, l'exaltació de la cultura consumista i la centralitat i condició de mercaderia que ha adquirit el cos en el capitalisme de consum, transformant-se en un element primordial de la producció i distribució contemporànies. En tercer lloc, els canvis demogràfics lligats als avenços de la medicina moderna, especialment referits a l'envelliment de la població, que han fet del cos un element d'interès polític i econòmic. En relació a l'impacte dels avenços en la tecnologia mèdica, Turner també planteja qüestions relatives a la inseminació artificial, el transplantament d'òrgans o la investigació farmacològica. En quart lloc, una secularització progressiva de la societat en la qual el rebuig i la restricció del desig ha deixat de ser un tema central en la nostra cultura, i ha afavorit la mercantilització del cos i la democratització de l'oci i l'hedonisme front l'ètica del treball. Finalment, la crisi de la modernitat que ha plantejat el debat en torn a la mateixa supervivència. En aquest sentit, Turner considera que l'ecologia i la defensa del medi ambient han contribuït a un nou discurs del cos en relació a la societat i la naturalesa. Caldria afegir que la creixent xarxa de discursos de risc relacionats amb el cos, inclosa la relació dieta

i salut, i l'actual èmfasi en les possibles dimensions genètiques de molts processos patològics han estimulat la recerca biomèdica i, també, un increment considerable de la preocupació pel cos i la salut. Aquests canvis han configurat un escenari en el qual el cos ocupa un lloc cada cop més central no només a nivell acadèmic sinó també en el pensament i la vida quotidiana.

En l'actualitat, la construcció del cos com a objecte d'investigació social és àmplia i heterogènia. Tanmateix, les diferents perspectives conflueixen en l'oposició a la visió del cos com a simple objecte natural i en la crítica al racionalisme occidental i a la ciència positivista com a lògica única. Margaret Lock i Nancy Scheper-Hughes (1987) distingeixen tres grans tendències en l'estudi del cos: aquella centrada en el cos social que emfatitza en els usos representacionals del cos com a símbol, a partir del qual pensar la naturalesa, la societat i la cultura, afí a l'estructuralisme i al simbolisme; en estreta relació amb aquesta primera tendència trobem aquella centrada en l'anàlisi del cos polític, que fa referència a la regulació, normalització, vigilància i control dels cossos (individuals i col·lectius), i que es correspondria amb les aportacions del postestructuralisme; i, finalment, aquella que s'ocupa predominantment del cos-subjecte individual, en el sentit fenomenològic de l'experiència viscuda del jo-corporal (*body-self*), i que planteja la necessitat d'assenyalar el seu caràcter actiu i transformador.

Des del meu punt de vista, totes aquestes propostes teòriques aporten aspectes importants, però, possiblement, cap d'elles per separat pot abastar i captar tota la complexitat del tema, si bé algunes poden resultar més adequades depenent del moment o realitat que tenen davant. Al meu parer és necessari entendre com el cos és experimentat i viscut i, també, les influències estructurals sobre el cos i la manera en què els cossos adquireixen significats segons el context. Així, al llarg d'aquesta tesi intentaré abordar el cos (i més concretament el cos obès i la seva problemàtica) des d'una mirada que tingui en compte els factors socioculturals i economicopolítics que intervenen en un fenomen (l'obesitat) i en un context determinat (la societat industrialitzada), que tingui en compte els discursos, les pràctiques i les vivències, partint de la idea que el cos no és només quelcom sobre el qual s'actua sinó també subjecte productor d'acció, vincle indissociable per a la comprensió de la realitat.

1.1. Aproximacions teòriques

Segles de predomini del racionalisme i del dualisme van portat a observar el cos com a "objecte" plausible de ser dissociat del vertader ésser humà, basat en la raó i l'esperit, i a la visió àmpliament acceptada del cos com a fenomen natural, no social. La idea segons la qual ànima i cos constitueixen dos elements diferents i irreconciliables prové de la tradició platònica; el cos es considera la presó de l'ànima, el lloc on aquesta esdevé esclava d'allò material i d'allò passional. El pensament cristià és hereu d'aquesta tradició i alberga un cos contenidor de pecat i de culpa, que cal reprimir, castigar per aconseguir el perdó, efectes que han tingut una enorme vigència en la nostra cultura occidental fins a èpoques molt recents. René Descartes (1970 [1641]) planteja aquesta distinció entre cos, com a entitat material *-res extensa-* i ànima (ment, esperit) com a entitat immaterial *-res cogitans-*; aquesta última és la responsable de conferir al cos les seves característiques humanes, és a dir, la seva essència, la capacitat de raonar, la voluntat, que distingeixen l'home de la resta d'éssers vius, mentre que en el domini corporal s'originen els sentiments, la passió, que envaeixen sobtadament l'ànima com una forma de disrupció. Però si bé la ment pot ser pertorbada pel cos amb el que interactua, es considera que aquesta és capaç d'autodeterminació i, per tant, pot dominar i sotmetre el cos. Com explica David Le Breton, la filosofia cartesiana revela la sensibilitat d'una època:

"No és el resultat d'un sol home, sinó la cristallització, a través de la paraula d'un home, d'una *Weltanschauung* difosa en les capes socials més avançades." (Le Breton, 1998: 68)⁵

La independència del cos respecte de l'ànima va portar a concebre'l a través de la metàfora de la màquina, de l'autòmat, com un conjunt de peces acoblades que funcionen segons les lleis que regeixen el moviment del seu mecanisme. Des d'aquesta visió el cos, en la mesura en què pot ser considerat com una màquina, pot ser "modificat", "utilitzat" i "explotat".

Com a conseqüència del dualisme cartesià, la civilització occidental ha tendit a veure l'ésser humà com a un "jo" aïllat dins del cos, i el cos com un quelcom que hom "té",

⁵ La traducció és de l'autora.

provisionalment, i que pot ser redissenyat, perfeccionat. Per a Le Breton (1998) aquesta concepció del cos pròpia de la modernitat està relacionada amb un retrocés de les tradicions populars, amb el desenvolupament d'una estructura social individualista, amb l'emergència d'un pensament racional positiu i laic sobre la natura i, també, amb el desenvolupament de la medicina que representa el saber en alguna mesura oficial sobre el cos. L'autor afirma que en les societats tradicionals o comunitàries el cos no es distingeix de la persona i les matèries primes que componen l'espessor de l'home són les mateixes que donen consistència al cosmos. El cos no és un element d'individuació i l'home es confon amb la comunitat, la natura, el cosmos. Segons ell, el cos de la modernitat implica una ruptura del subjecte amb els altres (una estructura social de tipus individualista), amb el cosmos (les matèries primes que formen el cos són diferents), i amb si mateix (posseir un cos, més que ser un cos).

Encara que diversos autors com Mary Douglas, Michel Foucault, Maurice Merleau Ponty, Pierre Bourdieu, Susan Bordo o Thomas Csordas, entre molts d'altres, ja no releguen el cos al seu aspecte material o biològic, sinó que mostren el caràcter socialment construït de la corporalitat⁶, la seva centralitat en la constitució dels agents socials gràcies a seva experiència del món, no aconsegueixen desarmar completament la visió dicotòmica sobre la que es basa, encara avui en dia, el pensament occidental. Així, el paradigma dominant en les ciències biomèdiques és el del cos-objecte o cos-màquina, en el qual el funcionament de cadascuna de les peces i la seva articulació es regeix per les lleis fisicoquímiques, és a dir, una visió fragmentada i mecanicista del cos humà que permet observar, estudiar els seus diferents elements per separat. Com afirma Le Breton (1998), la medicina occidental fa del cos un *alter ego* de l'home; fidel a l'herència de Vesali, s'interessa pel cos, per la malaltia i no pel malalt. En aquest sentit, es pot entendre que la independència de la ment respecte del cos allibera la biologia de la seva submissió a la ment i és garantia d'objectivitat. S'ha criticat aquesta visió cossificada, despersonalitzada de la biomedicina, que no té en compte les experiències, visons i sentiments dels pacients. Aquest dualisme, que apareix recurrentment en les maneres dominants de definir l'home a Occident, és només una

⁶ Entenc que la noció de corporalitat/corporeïtat fa referència a la realitat subjectiva, vivenciada o experienciada; involucra la consciència del propi cos, l'experiència d'allò que sentim a través del cos i el conjunt de significacions que a partir del cos atorguem al món.

de les formes en què s'expressa el binarisme exclouent i jerarquitzant que estructura el pensament occidental, i que oposa emoció/raó, subjecte/objecte, natura/cultura, femení/masculí, etc., subsumint en tots els casos el primer element de la dualitat al segon. Tanmateix, per a mi aquest enfocament dicotòmic del cos té més a veure amb la manera com es pensa o s'analitza el cos, i no tant amb la forma com s'experimenta quotidianament, que es sempre percebut com una totalitat.

Els estudis socioantropològics han permès deconstruir la idea del cos com a simple "objecte natural". Marcel Mauss (1979), en un article publicat l'any 1936, assenyala per primera vegada el caràcter socialment construït de les actituds o els hàbits corporals i la seva variabilitat cultural. Proposa estudiar les tècniques i els moviments del cos en el marc de cada cultura i cada context històric, entenent que canvien segons les èpoques i les societats. Posa com a exemple les formes de caminar, nadar, córrer, ballar, les posicions durant el part, les maneres de cuidar el cos, entre moltes altres, i entén que totes elles són formes adquirides i no naturals que corresponen a la forma en què els homes fan usos dels seus cossos de manera tradicional, reflectint el context social en què es troba l'individu. Es poden interpretar, per tant, com a incorporació de les normes corporals i els criteris estètics, que esdevenen part del propi individu. Entén que dones i homes utilitzen el cos de forma diferent com a conseqüència de la socialització, però també ho atribueix a raons biològiques i psicològiques. Mauss introdueix la noció d'*habitus*, per referir-se a aquells hàbits adquirits pels homes, que varien segons la societat. Posteriorment, aquesta noció serà represa i desenvolupada per Pierre Bourdieu, com veurem més endavant en aquest mateix capítol.

Una autor també important per comprendre la genealogia de les pràctiques i les representacions del cos en la modernitat és Norbert Elias (1989 [1939]), que ens recorda el caràcter social i cultural de moltes conductes de la vida quotidiana, que identifica com un procés que s'ha anat gestant en les societats occidentals al llarg de varis segles. Aquest autor planteja que la nostra comprensió i la nostra experiència del cos són històricament específiques i sorgeixen de processos socials i psicològics que es remunten al segle XVI. En la primera part del *Proceso de la civilización*, i prenent com a punt central de referència el text d'Erasmo de Rotterdam *De civilitate morum*

*puerilium*⁷, analitza tota una sèrie de textos d'urbanitat per mostrar com els usos, els costums, els hàbits i els codis que regeixen les nostres accions i relacions i que, freqüentment, s'accepten com a "naturals", són el resultat d'un llarg, lent i a vegades penós aprenentatge. Elias ens mostra com es van anar configurant uns codis de comportament envers el cos i les emocions, o normes de cortesia, cada cop més elaborats que avui en dia nodreixen les convencions de l'estil de vida de les elits, i per imitació o contrast aquelles de les classes mitjanes o baixes. Aquests codis indueixen als individus a adoptar unes conductes en relació a les necessitats fisiològiques del cos, a les relacions entre homes i dones, a la sexualitat, a les maneres a la taula, a l'agressivitat, i instauren la necessitat de controlar el cos per esdevenir el que Occident ha denominat persones "civilitzades", distingint en endavant una classe social d'una altra. Aquest idea del cos com a portador de la posició social serà investigada més endavant per Bourdieu (1988) en la seva explicació sobre l'*habitus de classe*. De tota manera, les perspectives d'Elias i de Bourdieu difereixen en què el primer analitza el valor del cos de forma longitudinal en el procés històric, mentre que el segon ho fa de manera transversal en la societat contemporània. Des del meu punt de vista, l'obra d'Elias presenta, també, certs punts de contacte amb la de Michel Foucault (1992, 2005), doncs tots dos assenyalen la relació entre el poder i el saber en la societat burgesa, així com la vigilància social que exerceixen uns individus sobre els altres, i sobre sí mateixos. No obstant, a diferència d'Elias, la disciplina de Foucault no serà un procés psicofísic de control creixent del cos i dels afectes, sinó un procés físic de control que no tindrà present la dinàmica pulsional individual (Ortega, 2010). Com exposaré en un altre apartat del text (cf.: 3.1), aquest anàlisi sobre com opera la relació poder-saber, i sobre l'autoregulació del comportament o l'autovigilància del cos que, com exposa Elias, induirà una major consciència d'un mateix com a individu i es transformarà en un aspecte altament valorat de la identitat personal, o en una por a la degradació personal o a la disminució del prestigi social que pot comportar el no

⁷ A *De civilitate morum puerilium* (*De la urbanidad en las maneras de los niños*), publicat per primer cop l'any 1530, Erasmo de Rotterdam aborda especialment l'*externum corporis decorum* (l'aspecte exterior del cos: la mirada, les celles, el front, el nas, la boca, les dents, el cabell, la postura, la nuesa, les excrescències), així com la vestimenta, les maneres de comportar-se a la taula, al temple, en el joc, en el dormitori.

compliment d'aquests codis de conducta, es pot aplicar àmpliament al present estudi sobre cos i obesitat que planteja aquesta tesi.

En els anys 70 destaca la figura de Mary Douglas, considerada com una de les màximes representats de l'estudi del cos com a cos social. Aquesta autora reprendrà i ampliarà els plantejaments seminals iniciats per Mauss. Reconeix el cos com a objecte natural modelat per les forces socials i el considera una important font de metàfores sobre la organització/desorganització de la societat. Douglas (1988, 1991) problematitza especialment la dimensió simbòlica del cos, com a microcosmos de la societat. Considera que en ell s'inscriuen les concepcions socials, que trobaran un lloc a partir del qual expressar-se, legitimar-se i reproduir-se. El cos, com a mitjà d'expressió, és un símbol natural, ja que informa sobre la relació entre la persona i la societat; la manera com ha de funcionar el cos o l'actitud a prendre en relació als seus productes residuals palesen el major o menor grau de restricció en l'organització social. Per tant, el cos, molt mediatitzat per la cultura, expressa la pressió social que ha de suportar i esdevé símbol de la situació. Douglas considera que un control social fort correspondrà a un control corporal igualment estricte.

L'autora ens parla de dos cossos, el cos físic (biològic) i el cos social (com ha de funcionar), i considera que aquests dos cossos es retroalimenten i s'han de pensar com un conjunt relacional i no com dos aspectes separats del cos; afirma que el cos social condiona la manera en què percebem el cos físic, però aquest manté, alhora, una determinada visió de la societat. Douglas argüeix que:

“Los dos cuerpos son el yo y la sociedad; unas veces están tan cerca que casi llegan a fundirse y otras están muy lejos el uno del otro. La tensión que existe entre ellos es lo que nos permite deducir ciertos significados.” (Douglas, 1988: 107).

Des d'aquesta perspectiva, el cos esdevé un punt d'abordatge des del qual estudiar no només la forma en què la societat s'imposa sobre el cos, sinó també la relació o coincidència entre els esquemes simbòlics de percepció del cos i de la societat.

Scheper-Hughes i Lock (1987), entenen que les relacions entre els cossos individuals i socials no es redueixen a metàfores i representacions del natural i el cultural, sinó que

estan vinculades també a qüestions de poder i control, i proposen introduir a l'anàlisi de Douglas un tercer cos, el cos polític. Plantegen una interessant interrelació entre els tres cossos, el cos individual-sensible, el cos cultural-social i el cos polític-econòmic. Segons elles, el cos pot ser interpretat com un lloc de trobada de les tensions entre l'individual, el social i el polític. Tanmateix, Scheper-Hughes al seu llibre *La muerte sin llanto* (1997) acaba donant prioritat al cos polític-econòmic com a determinant dels altres dos cossos. Personalment, m'inclino a pensar els tres cossos com tres elements relacionals que en l'experiència del subjecte són viscuts simultàniament.

Cal ressaltar, també, la consideració que fa Douglas sobre el cos com a principal sistema de classificació de qualsevol societat. Segons ella, la resposta humana al desordre és la classificació sistemàtica de la realitat, la creació de categories que ajudin a reordenar el desordre. Aquesta visió es pot extrapolar a la importància atorgada al cos en la nostra societat actual, resultat de les pressions socials que determinen el cos socialment desitjable (esvelt i sa) i classifiquen als individus en funció del seu pes i formes corporals. Podem dir que el cos esdevé una metàfora de l'ordre social i polític, a través d'ell es representen i comuniquen les normes, els límits. Un cos que s'ajusta als paràmetres establerts com a "normals" esdevé símbol de rectitud, d'ordre, no acomplir-ho (ser obès) es pot interpretar com a deixadesa i manca d'adhesió a les normes. En aquest sentit, Susan Sontag (2005) fa una interessant aportació en relació a les metàfores negatives que acompanyen certes malalties i que descarreguen sobre la persona la responsabilitat del mal que pateix, en considerar que aquest és expressió del caràcter, de la manca de prudència, del desordre. Sontag opina que aquelles malalties les causes de les quals no són ben compreses (com podria ser l'obesitat), són les que més possibilitats ofereixen com a metàfores d'allò considerat moralment o socialment dolent (cf.: 3.1 i 4.3).

Un autor especialment influent en l'estudi del cos, i en l'antropologia mèdica en general, és Michel Foucault. L'autor s'ocupa de les relacions de poder i de com a través del discurs hegemònic la societat controla el cos. Considera el cos com un text on es poden llegir les relacions de poder que en ell s'inscriuen. Per a Foucault el cos és el lloc definitiu de control, vigilància i regulació política i ideològica. A través del cos i les seves conductes, aparells de l'Estat com la medicina, el sistema educatiu, la psiquiatria o la

lleï defineixen els límits de la conducta, aconseguint cossos productius i política i econòmicament útils. Mostra com des del segle XVII es va gestant una nova modalitat de poder basada ja no en el poder sobirà de "*fer morir o deixar viure*" sinó en el poder "*d'administració de la vida*", enfocat en l'actuació sobre els cossos individuals i el control de les poblacions, dues modalitats de poder que coexisteixen i es complementen, i que ens remeten a la noció de *biopoder*. Aquest poder s'organitza de dues formes, primer al voltant de les *disciplines o anatomopolítica del cos humà*, que es centra en el cos com a màquina i modelat per les institucions, i busca assegurar la seva educació, incrementar la seva força, la seva docilitat, la seva utilitat, la seva productivitat: "Es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado" (Foucault, 2005: 140). Paral·lelament, a mitjan segle XVIII, es constitueix una segona modalitat centrada en el cos-espècie, la *biopolítica de la població*, que a través de controls reguladors pren al seu càrrec la demografia, el control dels naixements, la preocupació per l'índex de mortalitat, la higiene pública; tot allò que abasta als éssers humans com a espècie és objecte de regulació, de control científic destinat a fer viure. Es tracta d'un poder que més que prohibir o reprimir, necessita classificar, mesurar, jerarquitzar, establint estratègies de normalització (Foucault, 2006). Per a l'autor:

"Ese biopoder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos." (Foucault, 2006: 149)

La visió de Foucault es pot traslladar al nostre context per mirar d'entendre de quina manera el cos adquireix significat i està influït per les forces socials. L'interès constant pel pes corporal que caracteritza la nostra societat es pot interpretar com a exemple de poder, de la regulació de la vida, que per mitjà de la disciplina del cos i de l'educació i la regulació de la població busca aconseguir cossos domesticats i normatitzats. Segons Turner (1989), Foucault ens mostra com els cossos individuals són manipulats pel desenvolupament de règims específics, per exemple la dieta i l'exercici físic, i la forma en què són controlats els cossos de les poblacions.

Aquest poder a què fa referència Foucault no és un fenomen de dominació massiva i homogènia d'uns individus sobre els altres, sinó que s'ha d'analitzar com quelcom que circula, que transita transversalment, que funciona en cadena, que s'exerceix a través d'una organització reticular, i del qual tots, en alguna mesura, en formem part. L'autor compara la societat moderna amb el disseny de la presó perfecta anomenada "Panòptic"⁸, on un observador invisible però omnipresent crea en el presoner la seguretat que sempre pot ser observat, però sense saber mai quan ni per qui, cosa que crea en el detingut un estat conscient i permanent de visibilitat i garanteix el funcionament del poder, que té com a última finalitat la "normalització" dels cossos i la conducta. Es tracta d'un poder que actua no tant a través de formes externes de control físic i coerció (encara que les relacions socials certament puguin contenir aquests elements), sinó a través de l'autovigilància i l'autocorrecció.

"El que está sometido a un campo de visibilidad, y que lo sabe, reproduce por su cuenta las coacciones del poder (...) se convierte en el principio de su propio sometimiento." (Foucault, 2005: 206)

Foucault suggereix que en tots els nivells de la societat existeix aquest tipus de presó contínua, tot està connectat mitjançant la vigilància, deliberada o no, d'uns éssers humans sobre els altres. Es tracta d'un poder difús, fragmentat, que impregna totes les relacions socials, que ens domina i que prolonguem nosaltres mateixos, ja que som un dels seus engranatges (Foucault, 1992 i 2005). Això no significa que determinats grups o persones no puguin exercir més poder que uns altres. Foucault estableix una clara connexió entre saber i poder, entenent que l'acumulació de coneixements i l'augment de poder es reforcen regularment segons un procés circular. Considera que "no es possible que el poder se ejerza sin el saber, es imposible que el saber no engendre poder" (Foucault, 1992: 100). Com veurem en el proper capítol (cf.: 3.1), la medicina té un paper important com a saber-poder que actua al mateix temps sobre el cos individual i sobre la població. En el nostre context la creixent preocupació de les autoritats i els professionals sanitaris per regular i controlar el pes busca fomentar una actitud crítica envers el propi cos i la pròpia conducta (i envers els cos i la conducta

⁸ Terme que pren Foucault del model de presó *Panopticon* dissenyat per Jeremy Bentham a finals del segle XVIII. Jeremy Bentham (1843[1778]) *The Works Of Jeremy Bentham*. Vol. IV. Edinburgh: ed. Bowring.

dels altres), i insta a les persones a esdevenir protagonistes de la seva salut, a tenir cura de la seva vida, mitjançant el seguiment de normes de conducta "adequades", cada cop més interioritzades dins dels propis subjectes, que permetin assolir o mantenir un pes "normal" (Petersen, 2007; Mabel Gracia, 2009a i 2010a; Thibaut de Saint Pol, 2010). D'aquesta manera l'Estat controla, regula, examina l'actuació dels cossos a nivell individual i grupal, amb la finalitat de mantenir l'estabilitat social.

S'ha criticat la incapacitat de Foucault per reconèixer la corporeïtat i l'agència. D'acord amb Turner, l'anàlisi que fa Foucault del saber-poder tendeix a assumir que el discurs té efectes socials generals i, si bé proporciona una perspectiva eficaç per entendre com actua aquest discurs, enfosqueix el paper de l'acció humana: "reduce al agente/hablante individual al nivel de un loro socializado, el cual debe hablar/actuar de una manera determinada, conforme a las reglas del lenguaje" (Turner, 1989: 215), cosa que porta a entendre els cossos com a passius, infinitament mal-leables pel poder, sense capacitat d'acció. La seva obra no proporciona una explicació de la pràctica, de l'experiència viscuda del cos, de com els individus adopten i tradueixen els discursos, que és eclipsada per la importància que dona als controls reguladors sobre aquest últim. Si bé l'autor admet que sempre hi ha resistència al discurs: "donde hay poder, hay resistencia" (Foucault, 2006: 100), no ofereix una explicació clara d'on flueix aquesta resistència, de com els individus actuarien de manera autònoma. "El mismo cuerpo construido pasivamente por el poder debe ser el origen activo de la resistencia, lo que es, sin duda, problemático" (Ortega, 2010: 35). Sembla ser que al final de la seva obra Foucault va intentar contrarestar alguns punts discutibles del seu treball anterior, concedint major atenció a l'agència individual i a les "pràctiques de sí" per les quals els individus es constitueixen a si mateixos com a tipus particulars de subjectes, i mostrant una aproximació al cos fenomenològic (Petersen, 2007; Ortega, 2010). Foucault en el seu últim treball argumenta que:

"Quizá he insistido demasiado en el tema de la tecnología de la dominación y del poder. Cada vez estoy más interesado en la interacción entre uno mismo y los demás, así como en las tecnologías de la dominación individual, la historia del modo en que un individuo actúa sobre sí mismo, es decir, en la tecnología del yo." (Foucault, 1990a: 49)

Aquestes “tecnologies del jo” possibilitarien l’actuació del jo sobre si mateix, des de si mateix i, per tant, obren un espai per considerar un subjecte amb capacitat d’acció. Encara que el treball de Foucault estava incomplet en el moment de la seva mort, el seu concepte de *gubernamentalitat* busca la interconnexió entre el poder *top-down* (tecnologies de la dominació) i *bottom-up* (tecnologies de sí mateix): “Este contacto entre las tecnologías de dominación de los demás y las referidas a uno mismo es lo que llamo gobernabilidad” (Foucault, 1990a: 49). En un altre text escriu:

“La gubernamentalización del Estado ha sido sin duda el fenómeno que le ha permitido sobrevivir y muy probablemente el Estado es actualmente lo que es gracias a esa gubernamentalidad, que es a la vez interna y externa al Estado, ya que son las tácticas de gobierno las que permiten definir paso a paso qué es lo que compete al Estado y qué es lo que no le compete, qué es lo público y qué es lo privado, qué es lo estatal y qué lo no estatal, etc.”
(Foucault, 1981: 26)

L’anàlisi que fa Francisco Ortega (2010) aprofundeix magistralment en la manca d’interès en la materialitat del cos com a entitat activa o intencional que havia mostrat Foucault. Per a Ortega aquesta visió descarnada del cos pot estar vinculada a la importància que Foucault concedeix a la mirada, i que es pot observar tant a *El nacimiento de la Clínica* com a *Vigilar y castigar*. En ambdues obres el dispositiu òptic constitueix una noció fonamental, la mirada clínica i la mirada panòptica fan visible el cos: “Este libro trata del espacio, del lenguaje y de la muerte; trata de la mirada” (Foucault, 1995: 1), “El dispositivo panóptico (...) permite ver sin cesar y reconocer al punto” (Foucault, 2005: 203). Ortega argüeix que el tacte ofereix l’experiència de realitat i de materialitat de les coses, crea un vincle amb aquestes, una copresència amb elles, mentre que la visió és descorporeitzant i buida el cos de la seva materialitat. El dispositiu tàctil de la punició clàssica, on la tortura s’inscriu en el cos del condemnat (recordem el suplici de Damiens a *Vigilar y Castigar*) es substituït per un dispositiu penal visual (la mirada panòptica) o “pena incorporal” (Bernard Andrieu, 2004)⁹. També la tradició biomèdica occidental mostra un allunyament progressiu del tacte i d’altres sentits, substituint en gran manera el tacte i l’audició (palpació, percussió, auscultació) per la visió. Així, les noves tecnologies de visualització mèdica ofereixen el

⁹ Citat per Ortega, 2010: 28.

cos com una imatge, una projecció, una objectivació distanciada de l'experiència del cos, cos-objecte i no cos subjecte, privat de la seva dimensió subjectiva, cada cop més fragmentat, seccionat digitalment fins a convertir-lo en una mena de puzzle corporal. En aquest sentit, poden parlar d'una aprehensió visual i objectivant que caracteritza la biomedicina contemporània i que observem, alhora, en la creixent mercantilització del cos que s'esdevé a la nostra societat. Un cos *objecte* de la mirada que posa de manifest, a més, el poder de qui observa sobre aquell que es observat.

Des d'una aproximació fenomenològica el subjecte és qui dóna sentit al món, el cos es considerat com una forma d'experiència i condició de l'experiència viscuda. Amb Edmund Husserl (2005 [1952])¹⁰ es consolida aquesta idea, assenyala que "El cuerpo es, ante todo, el medio de toda percepción; es el órgano de la percepción; concurre necesariamente en toda percepción" (2005: 88). Seguint i ampliant a Husserl, Maurice Merleau-Ponty (1985 [1945]) aborda l'experiència incorporada, el *cos fenomenal* o cos viscut, i la seva relació amb el món circumdant. El cos es concep com un òrgan sensorial, condició necessària per a la plena inscripció del subjecte en el món, és el punt d'orientació en el temps i l'espai, des d'on s'estableix un vincle intencional amb els objectes i se'ls atorga sentit. La tradició de la fenomenologia de la corporalitat entén el cos com una realitat bilateral, és a dir, com a objecte en si mateix o cosa física (*Körper*) i com a referència de tota experiència (*Leib*). Aquesta bilateralitat podria fer pensar en una forma de dualisme corporal; cal assenyalar, però, que des de la fenomenologia *Körper* i *Leib* són dos dimensions del cos viscut constitutives de la nostra corporalitat (Ortega, 2010). Així, i d'acord amb aquesta visió, no serien dos entitats ontològiques independents, sinó dos aspectes d'un únic cos que involucra el cos físic i l'existència que aquest representa. L'obra de Merleau-Ponty confronta amb la lògica centrada en la raó, amb la visió dualista de l'home, que caracteritza el pensament occidental. Per a ell, el jo està ubicat en el cos, no som una ànima que es pugui escindir del cos, som *consciència corporitzada* o *incorporada*. Des d'aquesta perspectiva, tot allò que sentim i pesem és cos, és consciència que pertany al cos. La consciència i el món es donen a través del cos. De fet, la relació entre allò que

¹⁰ Al 1952 es va publicar la primera edició alemanya, pòstuma, de llibre. Sembla ser que Husserl va abandonar la redacció del Llibre Segon als voltants de 1928 (Husserl, 2005 [1952])

anomenen *consciència* i allò que anomenem *cos* és tan complexa que se'ns fa difícil dir on comença l'una i on finalitza l'altra.

Per a Merleau-Ponty el cos es constitueix com a punt de partença de l'experiència i al mateix temps de l'acció. El cos està en el centre de la seva anàlisi de la percepció, és un *ens perceptiu*. La percepció comença en el cos, de manera preobjectiva i acaba en els objectes; si bé els objectes són anteriors i exteriors a les pròpies percepcions, només comencen a existir per a la persona quan generen en ella uns pensaments i unes voluntats en el moment que es troben amb les seves intencions perceptives. La percepció és també prereflexiva, ja que permet la aprehensió sensible de la realitat abans que es pugui fer cap judici reflexiu sobre ella, cosa que possibilita moure'ns i utilitzar l'espai que ens envolta sense tenir que pensar primer com ho fem. Com veurem tot seguit, també l'*habitus* de Bourdieu deu la seva eficàcia a què funciona més enllà de la consciència i del discurs.

El cos pontinià no és independent del món, sinó que, per mitjà de la percepció, el món i el cos romanen entrecreuat: "somos-del-mundo por nuestro cuerpo, en cuanto percibimos el mundo con nuestro cuerpo" (1985: 222). L'autor postula un diàleg interminable entre el cos i el món, afirmant la simultaneïtat i congenialitat de les experiències del jo i del món. Defensa que el subjecte no pot existir fora de la seva relació amb el món, és un *ser-en-el-món*¹¹; ahora el subjecte és condició de possibilitat del món. El vincle del subjecte amb el món es dona a través de la relació perceptiva de la qual el cos és el vehicle, el punt de referència a partir del qual s'articula el món, on es posa en joc tota la constel·lació de les relacions subjectives i intersubjectives de l'ésser humà en la societat. Des d'aquesta perspectiva, el cos és el camp primordial on conflueixen i es condicionen totes les experiències.

"El propio cuerpo está en el mundo como el corazón en el organismo: mantiene continuamente en vida el espectáculo visible, lo anima y lo alimenta interiormente, forma con él un sistema." (Merleau-Ponty, 1985: 219)

¹¹ L'expressió *ser-en-el-món* (estar-en-el-món, ser-en-el-món) és la traducció de l'expressió francesa "être-au-monde", la qual fa referència a la pertinença ontològica al món al mateix temps que l'existència dins d'aquest. (Merleau-Ponty, 1985: 97)

A partir de l'èmfasi en la percepció i en l'experiència, els subjectes són reinstaurats com a éssers temporals i espacials. Arribem a entendre la nostra relació amb el món a través de la situació del nostre cos física i històricament en l'espai. Afirmem que el cos no és només el lloc des del qual experimentem el món, sinó que a través del nostre cos arribem a ser percebuts en ell; el cos és la manera d'expressar el nostre *ser-en-el-món*. Quan actuem sobre el nostre cos no ho fem com si aquest fos un objecte inert, sinó com a un embolcall del jo.

Privilegiat el cos fenomenològic és privilegiat el cos viscut, ens permet entendre les maneres en què el cos és experimentat. L'aproximació fenomenològica es pot interpretar, doncs, com un acostament a una visió humana del món, allunyada de l'objectivitat que proporciona la mirada científica, que acostuma a reduir el cos als seus processos fisicoquímics, i on l'experiència viscuda no rep, sovint, la necessària atenció. És cert que podem dur a terme un estudi fisiològic o científic del cos com a objecte, però aquesta mirada objectiva permet comprendre únicament una dimensió del cos. En aquest sentit, podríem dir que el cos que estudia la ciència és un cos empobrit, una abstracció del cos fenomenal o cos viscut.

Com he comentat anteriorment, Turner (1989) opina que una visió estructuralista del cos es reduccionista en el sentit que l'acció humana conscient és enfosquida o reduïda als efectes del discurs, i considera necessària una fenomenologia de la corporalitat. Tanmateix, argüeix que aquesta es individualista i no reconeix plenament que l'experiència personal de la corporalitat es troba molt mediatitzada per les circumstàncies socials.

El treball de Pierre Bourdieu (1986, 1988) sobre l'*habitus*, el gust, les relacions entre classe social i cos és, també, referència obligada en l'estudi de la corporalitat. El seu treball suposa un trasllat des d'un enfocament del cos com a font de simbolisme a una presa de consciència del cos com a *locus* de les pràctiques socials. L'autor reprèn i desenvolupa el concepte d'*habitus* introduït per Mauss per parlar d'un cos socialment informat. Defineix l'*habitus* com un sistema de disposicions o maneres de fer duradores i transferibles vinculades a una determinada classe de condicions d'existència (estructura estructurada), que actuen com a fonament per a la producció i

ordenament de pràctiques i representacions (estructura estructurant). L'*habitus* es troba incorporat, és un sistema constituït per l'inconscient que vincula els individus amb les estructures socials i proporciona esquemes bàsics de percepció, pensament, acció. Aquest *habitus* genera pràctiques distintes i distintives, i també és un esquema classificatori. Estableix diferències entre allò que és bo o allò que és dolent, allò que està bé i allò que està malament, allò que és bonic i allò que és lleig, allò que és distingit i allò que és vulgar. Per a Bourdieu la manera en què vivim en el nostre cos està estructurada per la nostra posició social en el món, més concretament per la nostra classe social. Observa que el gust i les preferències estètiques, les maneres particulars de disposar del propi cos, de comportar-se són manifestacions de l'*habitus*, i es basa en la idea que individus d'una mateixa classe tenen gustos, preferències i maneres similars i, per tant, aquests són indicatius de posició social. Per a Bourdieu les pautes de consum són afectades per l'*habitus*, entén que són un indicador principal de gust i d'estatus social (cf.: 5).

L'autor reprèn les tesis d'Elias (1989 [1939]) en parlar del significat que adquireixen determinades maneres de comportar-se i determinats gustos estètics com a forma per a distingir-se socialment, és a dir, com a signe de *distinció* (o, contràriament, com a signe de *vulgaritat*), i argüeix que les maneres i gustos estètics de les classes dominants es difonen per imitació als estrats inferiors de la piràmide social. Com expliquen Jesús Contreras i Mabel Gracia (2005), l'actual rebuig de les classes mitjanes per tot allò que és greixos, la preferència pels aliments lleugers i el cos esvelt o prim, més propis de les classes elevades, poden interpretar-se com una forma de posar distància respecte de les classes socials populars, és a dir, d'assolir la diferència i afirmar la distinció. Aconseguir un cos esvelt pot suposar, principalment per a les dones, un mitjà per a la mobilitat social ascendent.

“El gusto une y separa; al ser el producto de unos condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia, une a todos los que son producto de condiciones semejantes, pero distinguiéndolos de todos los demás y en lo que tienen de más esencial, ya que el gusto es el principio de todo lo que se tiene, personas y cosas, y de todo lo que se es para los otros, de aquello por lo que uno se clasifica y por lo que le clasifican.” (Bourdieu, 1988: 53)

Bourdieu escriu que el cos és l'objectivació més indiscutible del gust de classe i descriu l'aparença com un capital¹² i un marcador social. Introdueix la noció de "capital corporal"- estil corporal, gust, formes...- (Bourdieu, 1986). L'autor considera que la manera de mantenir el cos, els hàbits alimentaris, les modificacions intencionades de l'aparença del cos mitjançant la cosmètica, els moviments corporals, la forma de vestir, la manera de comportar-se, entre moltes altres formes d'expressió corporal, estan afectats per la posició social; és allò que l'autor anomena diferències *d'actitud corporal* i que són reveladores de l'*habitus*. Llavors, les preferències i pràctiques en la gestió del cos s'acompanyen de signes de classe, constitueixen maneres d'afirmar la posició ocupada en l'espai social.

"El gusto en materia de alimentos depende también de la idea que cada clase se hace del cuerpo y de los efectos de la alimentación sobre el mismo, es decir, sobre su fuerza, su salud y su belleza... así es como allí donde las clases populares, más atentas a la fuerza del cuerpo (masculino) que a su forma, tienden a buscar productos a la vez baratos y nutritivos, los miembros de profesiones liberales preferirán productos sabrosos, buenos para la salud, ligeros y que no hagan engordar. Cultura convertida en natura, esto es, incorporada, clase hecha cuerpo, el gusto contribuye a hacer el cuerpo de la clase...." (Bourdieu, 1988: 188)

Cal preguntar-se si en l'actualitat la preocupació respecte de l'alimentació i els seus efectes sobre el cos són encara un element de distinció de classe. Sota el meu punt de vista, avui en dia la inquietud en relació a la dieta, la salut i l'estètica corporal travessa les diferents classes socials, si bé la capacitat adquisitiva pot condicionar finalment les pràctiques. Seguint a Zygmunt Bauman (2003a), tot i que les classes socials no han desaparegut, podem dir que s'observa una major "fluidesa" en aquest sentit.

Si bé l'*habitus* serveix per situar la persona en un espai social concret i dirigir les seves accions, segons Bourdieu això no implica que els agents no tinguin cap marge d'acció. El seu treball intenta desenvolupar una relació dialèctica entre estructures socials i

¹² El "capital" seria per a Bourdieu el fonament del poder, el mitjà per adquirir-lo, o dit d'una altra manera, el poder seria l'efecte resultant de la possessió del capital. En funció de la major o menor disposició de l'espècie de capital en concret que operi de manera predominant en cada camp específic, resulta possible ocupar en el si del mateix una posició més o menys destacada o marginal i gaudir, per tant, d'una major o menor quota de poder i d'influència (Juan Ignacio Castián, 2004: 320).

agent (Bourdieu, 1997), busca superar una visió excessivament estructuralista i objectivista, que redueix les accions a mers resultats de condicions socials més àmplies. Considera que un cop adquirit l'*habitus*, les pràctiques que aquest genera tenen la possibilitat d'adaptar-se a les circumstàncies o condicions en què es troba l'agent. És a dir, reconeix les influències estructurals, però permet una certa *praxi* creativa del subjecte, proporciona un cert sentit de l'acció.

Més recentment, diversos autors han reprès les teories Merleau-Ponty i Bourdieu. És particularment rellevant la proposta de Thomas Csordas que ha adquirit gran centralitat en els estudis actuals sobre el cos. Csordas (1994, 2011¹³) desenvolupa la perspectiva de l'*embodiment*¹⁴ com a orientació metodològica en la qual el cos és abordat com a substrat existencial de la cultura i el subjecte, en paraules de l'autor: "no como un objeto que es "bueno para pensar", sino como un sujeto que es "necesario para ser" (Csordas, 2011:83). L'autor proposa no parlar només de cos com a entitat biològica i material (*body*), sinó de corporalitats i processos d'incorporació com a processos culturals (*embodiment*), com el domini de l'experiència. Suggereix anar més enllà d'una antropologia *del cos*, que contempla el cos com a objecte a ser estudiat des de paradigmes simbolistes, estructuralistes o postestructuralistes, per fer una antropologia de l'*embodiment*, que pren la corporalitat com a punt de partida metodològic. El cossos ja no són tractats com a "objectes" d'estudis específics, sinó que són reconeguts com a dimensions constitutives de la pràctica sociocultural, com a agents que participen de manera activa en el món social, subjectes creadors de cultura. En els estudis sobre *embodiment*, per tant, l'experiència incorporada és el punt de partida per analitzar la participació humana en el món cultural; es busca sintetitzar la immediatesa de l'experiència incorporada amb la multiplicitat de sentits culturals en què estem immersos. L'*embodiment* s'entén com una perspectiva d'anàlisi que s'integra a l'estudi de diverses problemàtiques.

¹³ El text original va ser publicat el 1993 a *Cultural Anthropology*, 8(2): 135-156.

¹⁴ *Embodiment* és un terme provinent de la tradició anglòfona de difícil traducció. Aquest concepte s'ha traduït com a encarnació, corporització, incorporació, etc (Mari Luz Esteban, 2004). En el marc d'aquesta recerca opto per utilitzar indistintament *embodiment* o *incorporació* per al substantiu, mentre que per al verb i per a l'adjectiu utilitzo *incorporar* i *incorporat*, respectivament.

Amb el paradigma de l'*embodiment* Csordas relaciona la noció de preobjectivitat del cos de Merleau-Ponty amb la de l'*habitus* de Bourdieu del cos socialment format com a substrat de la vida col·lectiva. Com explica Csordas:

“Al conjugar la concepción de Bourdieu del *habitus* como una orquestación no autoconsciente de prácticas con la noción de lo “preobjetivo” de Merleau-Ponty, se sugiere que el *embodiment* no necesita restringirse a un microanálisis personal, comúnmente asociado con la fenomenología, sino que es relevante también para las colectividades sociales.” (Csordas, 2011: 86)

Es tracta d'una aproximació de tipus fenomenològic que no exclou la incorporació de les dimensions socials, polítiques o culturals de la corporalitat, sinó que pretén integrar la tensió entre el cos individual, social i polític (Lock i Scheper-Hugues, 1987).

1.2. Aportacions des del feminisme

Per al feminisme, que sorgeix com un moviment social i polític de canvi en la manera d'entendre les relacions de poder entre homes i dones, el cos constitueix un dels eixos principals de preocupació i d'anàlisi, ja que el gènere com a configurador de pràctiques socials implica directament al cos.

El pensament feminista no és un pensament lineal ni homogeni, sinó que ha estat i continua estant caracteritzat per les divergències i les diferents propostes i corrents que es donen en el seu interior. La primera onada feminista, marcada pel moviment sufragista del segle XIX, va donar pas a una segona onada que des de finals dels anys seixanta i principis dels setanta de segle XX va desafiar la noció de “biologia és destí”. Aquesta segona onada va estar marcada per l'obra de Simone de Beauvoir *Le deuxième sexe* (1997 [1949]), que va afirmar que “ningú no neix dona sinó que s'hi torna”. Es feia la distinció entre “sexe”, que es referia a la diferència biològica, y “gènere”, relacionat a una etiqueta d'identitat construïda socialment, cosa que va comportar un èmfasi en l'estudi del gènere com a sistema de classificació social. Aquest feminisme de la segona onada es va caracteritzar per la crítica a les estructures patriarcals. Al llarg dels últims anys, el posmodernisme ha tingut una gran influència en

el feminisme. L'anomenada tercera onada feminista, corrent de pensament caracteritzat per la seva heterogeneïtat, reflecteix aquest caràcter postmodernista i critica al feminisme per no haver recollit la diversitat de les experiències de les dones i buscar causalitats universals respecte de la situació d'aquestes (Celia Amorós i Ana De Miguel, 2007a i 2007b).

En relació al cos, les aportacions feministes han estat i són significatives. Nombrosos estudis, que van des d'enfocaments més estructuralistes a posicions postestructuralistes y que incorporen les teories fenomenològiques i les constructivistes, han analitzat el paper del cos en la construcció de la feminitat i la masculinitat i les pràctiques socials que se'n deriven (Gracia, 2002; Gracia *et al.*, 2005; Contreras i Gracia, 2005; Petersen, 2007). Des dels anys setanta del segle passat moltes feministes han dirigit la seva atenció cap al cos, utilitzant la categoria de gènere per explicar les raons que condueixen les dones, en major proporció que els homes, a considerar més centrals la forma i el pes corporals. Han remarcat també la tendència a objectivar i mercantilitzar el cos de les dones, aportant assajos crítics orientats, majoritàriament, des de la psicociologia. Diferents autores, com Kim Chernin, Susan Bordo, Susie Orbach o Naomi Wolf, entre moltes d'altres, han posat el cos femení en el centre de la seva anàlisi, assenyalant que l'actitud de les dones envers el seu cos té a veure amb la construcció de la feminitat, i plantejant que molts dels problemes que les dones pateixen avui en dia en relació al cos són producte de la seva posició estructural dins una societat patriarcal i dominada pels homes (Gracia, 2002). Aquestes autores han mostrat com els cossos de les dones i les seves vides han estat regulats pels ideals culturals d'esveltesa, bellesa i feminitat, i han cridat l'atenció sobre com aquests ideals occidentals de bellesa femenina poden portar les dones a adoptar relacions "no saludables" amb els seus cossos, a practicar formes radicals de gestió corporal.

Kim Chernin (1985)¹⁵, psicoanalista, ens parla de la "tirania de la primesa" en les societats industrialitzades i de com aquesta limita el desenvolupament de les dones, equiparant metafòricament l'estàndard de primesa a la pressió a què aquestes estan

¹⁵ Citat per Gracia, 2002.

sotmeses, que pretén que les dones siguin més “petites i lleugeres, que ocupin menys espai”. D'altra banda, creu que les dones, a diferència dels homes, semblen més inclinades a avergonyir-se del seu cos i, per tant, a intentar modificar-lo. Chernin suggereix que en les societats industrialitzades les dones, sobretot a partir dels anys seixanta del segle passat, es veuen empeses a imitar el semblant masculí com a mitjà per accedir al poder, cosa que determinaria els conflictes experimentats per aquestes, per exemple en relació al cos i l'alimentació, i que estarien en la base de la dificultat que tenen les dones per assumir els valors culturals predominants en un moment de redefinició de la seva identitat social. L'autora entén que és en l'àmbit de la relació mare-filla on cristal·litzen els factors culturals i on s'expressen a través de la pròpia carn les ires adquirides cap a la dona-mare al llarg de la vida.

Susan Bordo (1990, 1993), ampliant les explicacions reduïdes al vincle mare-filla, explora les complexes interseccions i cristal·litzacions de la cultura que estan presents en la recerca del cos prim. Analitza la valoració de la primesa en la cultura occidental, el rol de la cultura de consum, les representacions culturals de la dona, del menjar, de l'abstinència, dels desordres alimentaris. L'autora, citant a Bourdieu, assenyala que a través de les pràctiques i els hàbits corporals de la vida quotidiana la cultura “es fa cos” (1990: 13), més enllà de la consciència, i opina que amb freqüència aquestes lliçons esdevenen més poderoses que aquelles apreses conscientment. Bordo aporta una mirada interessant en què s'allunya de la hipòtesi que patologitza la preocupació per la dieta i la gestió del cos. Opina que una excessiva atenció a la dieta, a la grassor i a la primesa no són inquietuds patològiques ni es troben fora de la norma. Segons ella, l'actual preocupació pel pes corporal funciona, especialment per a les dones, com una poderosa estratègia de “normalització” que busca produir “cossos dòcils”, disposats a transformar-se i millorar-se al servei de les normes socials. Destaca que les idees de Foucault són útils per analitzar determinades pràctiques corporals (dietes, exercici físic...) que entrenen el cos femení en aquesta obediència front a les exigències culturals, i que poden ser experimentades alhora en termes de poder i control. Planteja que per a les dones tenir un cos prim pot significar molt més que un ideal

estètic, pot suposar una forma d'*empowerment* (empoderament)¹⁶ en allunyar-les dels models tradicionals femenins, que es basen en el seu destí domèstic i maternal, en la seva labilitat. Adverteix que la coerció pot esdevenir important quan imposa exclusions, per exemple, en base al pes o a l'edat. Bordo decodifica els significats de gras i prim en la nostra cultura per posar al descobert els valors morals associats a ells, revelant el cos prim i esvelt o lleugerament musculat com a signe de control, de correcta actitud. L'autora argumenta que la grassor es percebuda com una força hostil dins el propi cos, un enemic que impedeix la mobilitat, com quelcom difícil de controlar.

“L'ideal aquí és el d'un cos que és totalment hermètic, contingut, “cargolat”, ferm: en altres paraules, un cos que està protegit contra l'erupció de l'interior, els processos interns del qual estan sota control.” (Bordo, 1993: 190)¹⁷

Bordo fa una interessant anàlisi de les implicacions de gènere en el món de la publicitat, la moda i els mitjans de comunicació, tenint sempre en compte els canvis ocorreguts per a homes i dones. Afirmar que si bé en els últims anys els homes s'han incorporat a espais anteriorment reservats a les dones (publicitat, indústria de la imatge en general) ho han fet reforçant les diferències entre uns i altres. L'autora argumenta que mentre que les imatges masculines estan envoltades d'una aureola de força i poder, les femenines acostumen a transmetre fragilitat i submissió. Assenyala també com la contradicció entre consum i control (incitació al consum i sobrevaloració de l'autocontrol) pròpia de la nostra societat s'inscriu en el cos (cf.: 4 i 5.1). Regular el desig pot esdevenir un problema ja que ens trobem contínuament entre l'impuls del consum i la moderació de l'excés. Bordo argumenta que la coexistència de l'anorèxia i l'obesitat a la nostra societat, lluny de resultar una paradoxa, revela la dificultat per trobar l'equilibri entre el consum i l'autocontrol en la gestió del *self*. Per a ella, la bulímia incorpora la inestabilitat d'aquest doble llaç del capitalisme de consum, mentre que l'anorèxia pot ser vista com un desenvolupament extrem de la capacitat

¹⁶ El concepte d'*empowerment*, s'ha traduït al castellà com a “empoderamiento”. Aquest terme fa referència a: “un proceso por el cual las personas oprimidas ganan control sobre sus propias vidas tomando parte, con otras, en actividades transformadoras de la vida cotidiana y de las estructuras, aumentando así su capacidad de incidir en todo aquello que les afecta.” (Del Valle *et al.*, 1999, citat per Esteban 2004: 61). En el marc d'aquesta recerca opto per utilitzar el terme *empoderament*.

¹⁷ La traducció és de l'autora.

de repressió del desig i l'obesitat com una capitulació. L'autora considera que l'anorèxia és socialment més acceptada ja que s'aproxima a la cultura de l'ideal de cos prim, mentre que l'obès indueix ràbia en considerar que és indiferent front als estàndards socials.

També Susie Orbach (1987), psicoanalista que fa teràpia a dones amb problemes de pes, aporta algunes hipòtesis en relació a l'excés de pes i al menjar compulsiu. Opina que l'excés en el menjar i l'obesitat poden ser expressió d'experiències doloroses i conflictives, que poden tenir el seu origen en la desigualtat social de les dones. Planteja la relació entre la grassor i els beneficis que pot comportar el fet de tenir un cos no reconegut socialment. Suggereix que l'excés en el menjar i l'obesitat, si bé poden comportar desassossec o malestar, poden ser també una resposta a la posició social de les dones, poden proporcionar una "capa protectora contra el món" (Orbach, 1987: 97), expressar una rebel·lió front als imperatius culturals de dona ideal, bellesa i sexualitat. Considera, però, que aquest desig de ser grassa és en gran mesura inconscient i, en tot cas, un intent dolorós i insatisfactori de resoldre els conflictes. En els seus darrers textos (2006 i 2010) l'autora denuncia la problemàtica relació que tenim amb el cos en el segle XXI, com a lògica resposta a la pressió que exerceixen les indústries (farmacèutica, alimentària, cosmètica, moda) i els mitjans de comunicació, que promouen la inseguretat corporal i imposen una imatge que ha esdevingut un ideal estètic global. Articula el concepte d'*endangered* (estar en perill d'extinció) per advertir de la pèrdua de la diversitat corporal. Opina que les dones i les nenes tenen una relació més conflictiva amb el propi cos, però assenyala que avui en dia els homes també són víctimes del culte al cos. Orbach sosté que l'actual política de salut pública, capturada per la narrativa de crisi o epidèmia d'obesitat, pot ser part del problema més que solució, al contribuir a crear una major inseguretat en relació al cos i l'alimentació. Reclama la necessitat de posar fi a l'explotació comercial del cos i a la disminució de la diversitat corporal existent, i reivindica mesures com la regulació de les intervencions mèdiques estètiques o el rebuig a les campanyes publicitàries que mostren una imatge irreal del cos de les dones. "Nuestros cuerpos no deberían convertirse en lugares de trabajo destinados a la producción con fines comerciales." (Orbach, 2010: 208).

Al igual que ho havien fet altres autors, Orbach aborda el vincle mare i filla entenent que la primera pot transmetre a la segona els propis problemes o contradiccions. Tanmateix, i d'acord amb el que explica Esteban (2004), cal tractar amb cura la influència de la conducta de la mare sobre les filles (i fills), ja que pot invisibilitzar la importància d'altres tipus de relacions familiars o socials i culpabilitzar a aquella dels conflictes dels seus descendents; de tota manera, no s'ha d'obviar aquesta problemàtica, tenint en compte que moltes noies s'inicien en les dietes des de molts joves i que sovint és en la família on se les indueix a fer-ho.

Per a Naomi Wolf (1991) l'imperatiu de bellesa dirigit a les dones formaria part d'una reacció contra el feminisme, que pretén recompondre la jerarquia tradicional dels sexes i soscar el creixent poder econòmic, polític i social aconseguit per les dones occidentals.

“Durante la última década, las mujeres han irrumpido en la estructura del poder; al mismo tiempo, los trastornos en la alimentación han ido aumentando en progresión geométrica y la cirugía plástica se ha convertido en la especialidad médica de más rápido desarrollo.... Estamos en medio de una violenta reacción contra el feminismo que utiliza imágenes de belleza femenina como arma política contra la mujer.... Al liberarse las mujeres de la mística femenina de la domesticidad, el mito de la belleza vino a ocupar su lugar y se expandió para llevar a cabo su labor de control social.”
(Wolf, 1991: 14)

L'autora sosté que a mesura que s'extén el poder de les dones augmenta la importància de la bellesa i l'exigència d'una major consciència del propi físic. La idea matriu és que “el mito de la belleza siempre prescribe en realidad una conducta y no una apariencia” (Wolf, 1991: 17), i que la relació de les dones amb la bellesa, reinterpretada segons el punt de vista de la ideologia meritocràtica, les transforma en les úniques responsables per perdre la silueta o envellir ràpidament, de manera que no se sentin mai còmodes dins del propi cos, ja que els models a imitar són inaccessibles per a la gran majoria. Opina que la disseminació de milers d'imatges de l'ideal corporal femení no fa sinó reforçar quotidianament aquesta incomoditat. Per a Wolf el “mite de la belleza” suposa una obligació quotidiana i obsessiva per a moltes dones, un imperatiu social que pot funcionar com un obstacle en la seva promoció professional:

“La belleza se convierte en la condición necesaria para dar el siguiente paso” (Wolf, 1991: 36).

La pressió per aconseguir l'ideal de bellesa femení, tal com ho plantegen aquestes autores té una base clarament estructural basada en la desigualtat de gèneres i perpetuada a través de diferents institucions socials i interessos econòmics. Aquesta anàlisi, que remarca les forces externes que pressionen les dones per aconseguir un ideal corporal, no dóna prioritat a les raons que fan que les dones (i cada cop més els homes) estiguin afectades de diferent manera respecte del seu cos dins d'un mateix context sociocultural. En contrast, diversos autors intenten ampliar aquest posicionament i donar rellevància a aquells factors que depenen dels propis actors socials, tenint en compte la subjectivitat i les particularitats que afecten a la interpretació d'aquest ideal, cosa que no significa obliterar els elements estructurals (Deborah Lupton, 1996; Julie Hepworth, 1999). La interacció entre objectivitat (estructura) i subjectivitat (*agency*), factors macro i micro, ocupa un lloc preferent en les teories feministes actuals influïdes pel postestructuralisme (Gracia, 2005; Gracia *et al.*, 2005). El concepte d'*agency* sorgeix de la consideració dels subjectes com a agents socials, amb capacitat per crear una distància reflexiva respecte de les imatges socioculturals i respondre de diferents maneres. L'*agency* entén que els individus no són només un dipòsit d'idees, de valors, reproductors d'imatges socialment construïdes, sinó que poden seguir, però també contestar, reinterpretar, transformar els ideals dominants. Són cada cop més nombrosos els estudis que intenten combinar enfocaments estructuralistes i postestructuralistes, entenent que cap d'ells pot explicar aïlladament la complexitat de certes idees i pràctiques cada cop més generalitzades en el nostre entorn social. El cos (el cos obès en el context d'aquest estudi) pot suposar un recurs privilegiat per comprendre la relació entre estructures socials i simbòliques i l'acció individual.

John Germov i Lauren Williams (1999)¹⁸ plantegen la utilitat del debat estructural-*agency*. Segons ells, es tracta de trobar un punt d'equilibri que permeti tenir en compte tant els factors estructurals originats per les institucions patriarcals i els

¹⁸ Citat per Gracia *et al.* (2005).

interessos econòmics (moda, cosmètica, indústria dietètica...), com els postestructurals vinculats a la subjectivitat i l'*agency* (interiorització de l'ideal de primesa, vigilància corporal...), i així poder explicar com es generen les pressions per acceptar l'ideal corporal i la forma en què aquest es produït i reproduït.

“La conducta de “hacer dieta” refuerza tanto los intereses estructurales –por ejemplo, los de la industria dietética- como los postestructurales –tales como la autovigilancia-, y a su vez las presiones para aceptar el ideal de belleza y la realización de dietes, dando así continuidad al ciclo.” (Contreras i Gracia, 2005: 162)

Per a Germov i Williams les respostes femenines front a l'ideal corporal poden ser diverses i posen de manifest el rol actiu que les dones poden tenir en relació a la construcció del cos. Mentre que algunes d'elles assumeixen completament l'ideal (*thin ideal conformers*), altres l'ignoren (*maintainers weight*) i altres el rebutgen activament (*size acceptors*).

Esteban (2004, 2008), que investiga sobre gènere, salut, cos, emocions, analitza la centralitat del cos en l'ordre capitalista contemporani. Assenyala que l'augment generalitzat del consum i el poder creixent de la medicina, entre d'altres factors, han afavorit aquesta “hipertrofia corporal” (2008: 138). Esteban fa referència, com ho feia Bordo, al doble joc aparentment contradictori de potenciació del consum, però també de foment de l'autocontrol i la disciplina, que s'exerceixen en relació a diferents aspectes com l'alimentació, l'exercici físic, l'estètica corporal i la sexualitat. L'autora busca recuperar l'experiència corporal i social dels agents, les seves resistències i contestacions dins l'enculturació corporal, i recorre a la noció d'*itineraris corporals*¹⁹. Esteban advoca, com ho fan també altres autores com Dolores Juliano (1992), Susan Bordo (1993), Deborah Lupton (1996) o Mabel Gracia (2005), per una anàlisi que no consideri les dones només com a víctimes subordinades a les normes dominants,

¹⁹ La idea d'*itineraris* havia estat formulada anteriorment en camps disciplinars com l'antropologia de la medicina. Esteban, partint de la proposta que fa Josep Maria Comelles (1998) sobre *itineraris o processos assistencials* inspirada en les nocions de *moral career* de Goffman (1968) i *d'itinerari terapèutic* de Mallart (1983), adapta aquest concepte a l'anàlisi corporal i defineix els itineraris corporals com: “Procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales.” (2004: 54)

reproductores d'imatges corporals socialment construïdes, sinó com a agents de les seves vides capaces de generar respostes alternatives, contribuint al propi empoderament. Des d'aquest enfocament Lupton (1996), per exemple, intenta mostrar com les dones que limiten quotidianament la seva ingesta no han de ser vistes com a víctimes forçades per una societat patriarcal al dejú, sinó que han de ser vistes com a persones que utilitzen el control sobre el menjar com un mitjà per construir la seva subjectivitat i controlar el seu cos. No es tracta, però, de creure que les normativitzacions de gènere no tinguin conseqüències negatives sobre les dones, sinó que cal observar l'experiència concreta de les dones, sense homogeneïtzar-les i transformar-les sempre en éssers passius.

* * *

En aquest recorregut a través de diferents corrents teòrics, dels quals he ofert només algunes pinzellades, hem pogut apreciar diverses propostes que, sota el meu punt de vista, i com ja he esmentat anteriorment, poden ser conjugades, ja que ofereixen espais diferencials però sovint complementaris des d'on abordar el cos i els temes associats a ell.

2. L'aparença com a capital social: el cos com a expressió d'identitat i pertinença

"La historia de la gordura... es la historia de un cuerpo cuya diferencia rechaza la sociedad pero que la voluntad no siempre es capaz de modificar."

(Georges Vigarello, 2010: 15)

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

“Hoy soy lo que aparento, y estoy, por lo tanto, expuesto a la mirada del otro, sin lugar para escoderme, para refugiarme, estoy totalmente a su merced, ya que lo que existe (el cuerpo que es también el self) está a la muestra. Soy vulnerable a la mirada del otro pero al mismo tiempo necesito su mirada, ser percibido; si no, no existo.”

(Francisco Ortega, 2010: 209)

La importància del cos en la teoria social és concomitant a la centralitat d'aquest en la nostra cultura contemporània. Avui en dia el cos es troba en el nucli de múltiples debats sobre cànons de bellesa, salut, modificacions corporals, particularment a la vista dels recents avenços en biomedicina i biotecnologia, campanyes publicitàries que mercantilitzen el cos, identitat sexual i de gènere, entre molts d'altres. Sens dubte, en la societat industrialitzada el cos és protagonista de la vida quotidiana. En tant que valor social, el cos ha esdevingut un mitjà de realització i desenvolupament personal. Bellesa, salut, joventut són criteris que avaluen el valor de la persona, que transmeten nocions d'identitat individual.

Objecte de distinció, però també de discriminació, el cos és reflex d'una època i del seu funcionament social. Una breu ressenya històrica, circumscrita bàsicament a l'àmbit europeu, ens mostrarà l'evolució dels estàndards corporals a través dels segles i posarà de relleu que la importància atorgada a la bellesa, a les formes del cos, a la corpulència, objecte de representacions, d'avaluacions i d'atencions diferents segons les èpoques, no és una invenció contemporània. Les societats occidentals han promogut en tot moment un cert tipus de cos, un cert tipus de comportament, una estilització progressiva de la figura corporal, així com les nocions de salut i malalties associades. Si bé una certa corpulència podia estar lligada a abundància i bona salut, sobretot en temps de carestia, veurem que el prestigi de la grassor, i particularment del “massa gras”, ocupa poc espai en aquest recorregut històric. Des de molts anys enrere la medicina havia denunciat nombrosos problemes relacionats amb un cos voluminós, però el llinard a partir del qual una persona podia ser considerada massa grassa ha estat imprecís durant molt de temps, i sempre lligat al gènere i a la posició

social. Poc a poc, les barreres de gènere i classe han esdevingut més febles, emulant similars models corporals. El llindar de l'obesitat està avui en dia clarament definit. Interessa destacar com dos lògiques diferents, estètica i salut, han estat, i continuen estan, enllaçades i determinades culturalment.

Com opina Georges Vigarello (2004), la visió que tenim del cos és una construcció cultural, raó per la qual existeixen divergències en la forma d'apreciar-lo i d'enunciar-lo, doncs els canvis en els codis culturals produeixen modificacions en les percepcions socials. L'ideal de bellesa o estàndard corporal imperant en cada moment històric representa el model al qual els individus aspiren, cosa que no significa que sigui representatiu de la mitjana corporal de l'època. En efecte, sovint aquest ideal ens arriba a través de textos o obres d'art que representen únicament a les classes més acomodades, que són les que han deixat més testimonis i són, per tant, les més estudiades (Véronique Nahoum, 1979; Saint Pol, 2010). No es tracta, aquí, d'establir una història exhaustiva de les formes corporals considerades ideals o saludables, sinó de buscar a través de l'evolució d'aquests estàndards, dels canvis i de les permanències, una millor comprensió del lloc central que ocupa el cos i la seva aparença en la nostra societat contemporània.

2.1. Concepció de les formes corporals a través de la història: de cossos prims i grassos

Moltes de les dimensions i dels significats que atribuïm actualment al cos no són nous sinó que arrenquen de molts anys enrere. Com deia Fustel de Coulanges "El pasado nunca muere por completo para el hombre. Bien puede éste olvidarlo, pero siempre lo conserva en sí. Pues, tal como se manifiesta en cada época, es el producto y resumen de todas las épocas precedentes" (1942 [1864]: 11).

Les primeres representacions que tenim del cos es remunten a la Prehistòria, a les anomenades genèricament Venus Paleolítiques o esteatopíiques, degut a la hipertròfia grassa d'algunes zones del cos. Aquestes figures representen un fenomen àmpliament expandit a Europa. Són petites escultures femenines, habitualment de

formes opulentes, que mostren una notable exageració de determinades zones corporals, amplis malucs, grans pits i abdomen prominent. El simbolisme que se'ls atribueix és encara avui en dia objecte de debat. La interpretació és variable, es creu que aquests trets tan definits poden simbolitzar la fecunditat i, en últim terme, la preservació de l'espècie. També el rol de l'acumulació extrema de greix com a reserva en èpoques d'escassetat d'aliments podria explicar la forma voluminosa d'aquestes estatuets. Malgrat que alguns reconeixen en aquestes siluetes una representació realista de les dones d'aquesta època, altres consideren que la hipertròfia dels òrgans corresponents a la reproducció i a la nutrició dels infants podria ser una deformació voluntària i, per tant, no traduiria la realitat (Jacques Cauvin, 1994²⁰; Tran Ky, Michèle Didou-Manent i Hervé Robert, 1996; Claudine Cohen, 2003).

La consideració de la corpulència o obesitat com a signe de benestar i poder està present en les cultures antigues. Així, en l'Antic Testament s'assenyala que "Els justos floriran com l'arbre de la palma... ells faran néixer fruits en la vellesa: seran grassos i pròspers." (Salms XCII, 13) (William Jeffcoate, 1998)²¹.

Les primeres representacions de cossos prims s'observen a Egipte, sota l'Antic Imperi. La primesa com a ideal corporal, simbolitzada per les formes esveltes dels déus i les deesses, s'observa en les pintures, gravats o escultures, tant d'homes com de dones. Els testimonis arqueològics evidencien la gran importància atorgada a l'aparença del cos i a la cosmètica, com ho demostren per exemple les pintures o receptes sobre papirs trobades a les tombes de la Vall de les Reines. Entre els objectes descoberts a les cambres funeràries abunden els productes de bellesa, i entre aquests les pocions i consells per afinar la silueta i enfortir el cos. No obstant, malgrat l'esveltesa habitual de les estàtues i de les figures representades en els relleus, es creu que la sobrealimentació i l'obesitat eren bastant freqüents (Paul Ghalioungui, 1983). Així, els papirs mèdics molt difosos sobretot entre les classes benestants recomanaven a les dones joves de mantenir-se primes, d'evitar l'obesitat (Tran Ky, Didout-Manent i Robert, 1996). Fora dels excessos passatgers en un context festiu, especialment entre

²⁰ Citat per Thibaut de Saint Pol, 2010.

²¹ La traducció és de l'autora.

els notables, la moral aconsellava a través dels textos sapiencials una gran tempraça en relació als plaers de la taula:

“Si has comido tres panes y bebido dos jarras de cerveza, y (aún) el vientre no está satisfecho, combate eso. Si otro está comiendo, no permanezcas (ahí); guárdate de apresurarte a la mesa.” (José M. Serrano, 1993: 224)

Les *Instruccions de Kagemni*, recollides en el Papiro Prisse, i que segons la tradició es remunten a l'Antic Imperi, fan un elogi de la frugalitat i condemnen l'actitud del golafre:

“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.” (Pierre Tallet, 2002: 40)

Però és l'estètica grega la que probablement ha marcat de manera més important les representacions del cos a Occident, a partir sobretot de l'escultura. Els artistes grecs van construir prototips ideals de bellesa que confeccionaven amb subtils càlculs matemàtics i geomètrics fins arribar a les proporcions perfectes. L'ideal masculí es basava en els atletes i gimnastes, als quals s'atribuïa qualitats com equilibri, voluntat, valor, control i bellesa. Les figures de cossos femenins, encara que proporcionades, representen sovint dones més aviat musculades, de pelvis estreta i pits petits i turgents. Cal destacar que en el període hel·lenístic els artistes es van allunyar dels ideals de bellesa i serenitat de la Grècia clàssica, adoptant valors més realistes i mostrant aspectes com la vellesa o la lletjor (Eva Fernández del Campo, 2008). La recerca de l'ideal corporal i la importància concedida pels grecs a la higiene, a partir de l'esport, la gimnàstica, els banys de vapor o els d'aigua freda per tonificar la musculatura, i d'una alimentació més aviat sòbria que buscava evitar l'excés, van fer de la grassor un signe de negligència i decadència corporal (Tran Ky, Didout-Manent i Robert, 1996). Hipòcrates de Cos (segle V a.C.) va considerar l'obesitat com un risc per

a la salut. En el *Corpus Hippocraticum*²² assenyala que les persones grasses tenen tendència a morir abans que aquelles que són primes. Així, en un dels aforismes afirma que:

“Los que son excesivamente gordos por naturaleza están más expuestos que los delgados a una muerte repentina.” (Hipòcrates, 1990: 255).

Hipòcrates emfatitza sobre una concepció del *règim (diète)* basat en l'alimentació i l'exercici físic equilibrats, en la constitució i edat de la persona, i en relació estreta amb el context en el qual hom viu. Escriu:

“Conviene, según está admitido, discernir... las relaciones convenientes de los ejercicios con respecto a la cantidad de alimentos, la naturaleza de los individuos, y las edades de los cuerpos, y su adecuación a las estaciones del año, a las variaciones de los vientos y a las situaciones de las localidades en que habita, y la constitución del año. Hay que conocer las salidas y las puestas de sol, de modo que se sepa prevenir los cambios y los excesos de las comidas y las bebidas, de los vientos y del universo entero, de todo lo que, ciertamente, les viene a los seres humanos las enfermedades.... Por otra parte si, aunque sea en muy pequeña dosis, los unos [ejercicios] resultan inferiores a los otros [alimentos], forzoso será que con el paso del tiempo el cuerpo se vea vencido por el exceso y caiga enfermo.” (Hipòcrates, 1986: 22-24)

Per a Hipòcrates la idea d'equilibri engloba el conjunt de la vida de l'individu, implica fugir dels excessos. Tanmateix, en els escrits hipocràtics s'entén que el *règim* és una tria personal, no és imperatiu ni prescriptiu, és un consell de salut (Gracia *et al.* 2012).

La noció de bellesa a l'Antiga Roma s'allunyà de cànon grec. Si bé l'estètica romana era hereva de la grega, per als romans un cos corpulent, especialment entre els homes, inspirava respecte, era un signe exterior de riquesa i proveïa d'una certa autoritat. En la dona, encara que es buscava la proporció, es valorava un cos més carnós, uns malucs generosos i un pit sumptuós. Els membres de classe alta en general gaudien d'una cuina elaborada i opulenta. L'alimentació dels més pobres, poc documentada, es

²² Els Tractats Hipocràtics (*Corpus Hippocraticum*), conjunt de més de cinquanta escrits mèdics grecs, s'han atribuït clàssicament a Hipòcrates, si bé l'heterogeneïtat d'estil i teories mèdiques fan pensar que es tracta d'una compilació pertanyen a "l'escola hipocràtica", més que a un sol home.

creu que era molt més austera. Així, la magror era sovint indicativa de malaltia, pobresa o marginalitat (Tran Ky, Didout-Manent i Robert, 1996; Núria Bàguena, 2005). Per a Galè de Pèrgam (segle II d.C.) formes moderades d'obesitat es podien considerar signe de bona salut i de temperament equilibrat. Galè va identificar dos tipus d'obesitat: una moderada, que entenia com a natural, i una immoderada que considerava mòrbida, i veia en aquesta última un reflex d'inadequació personal, és a dir, que podia ser evitada a nivell individual: un individu ociós i mandrós tenia moltes possibilitats d'esdevenir obès. En aquest sentit, Galè sembla més crític que Hipòcrates. A *De Sanitate Tuenda* proposa diferents mètodes per a reduir el pes: dieta, exercici, massatges i medicació, juntament amb suport psicològic (Georges A. Bray, 1990; Niki S. Papavramidou, Spiros T. Papavramidis, Helen Christopoulou-Aletra, 2004).

A l'Edat Mitjana l'opulència va coexistir sistemàticament amb la carestia, la sobrealimentació amb la fam. En aquest context la grassor era sinònim d'abundància i de salut: "... los niveles de renta se manifiestan en la mesa. El potentado come hasta la saciedad, y quien come mucho domina a los otros." (Antoni Riera-Melis, 2004). Tanmateix, el prestigi del "gras" podia minvar quan les dimensions augmentaven de forma exagerada, sorgint el dubte en torn a la virtut de la grassor; el "massa gras" era aquell que mostrava dificultat per a moure's i era objecte de reprovació i signe de debilitat. Es tractava d'una condemna de tipus moral, que censurava més els comportaments que no pas les formes corporals. Si bé el prestigi de la grassor no desaparegué sobtadament, a finals de l'època medieval es van accentuar tres tipus crítiques. La primera de tipus religiós assenyalava a aquell que es deixava dur per la passió, que no sabia controlar el seu comportament i queia en el pecat, sobre tot en el *pecat de la gola*. Així, en l'obra de Hieronymus Bosch *Els Set Pecats Capitals*, realitzada a finals del segle XV, es pot observar com el pintor vincula la golafreria i l'obesitat en representar un individu obès que menja i beu sense mesura. La segona crítica provenia de la medicina i feia referència a la pèrdua d'eficàcia i benestar corporal de la persona grassa. Per exemple, Guy de Chauliac, cirurgià i anatomista medieval, a la seva obra *Chirurgia Magna* (1363) escriu:

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

“El cos es gras quan esdevé un gran cúmul de carn i greix que no pot caminar sense dificultat, ni sostenir-se, ni calçar-se les sabates a causa del tumor del seu ventre, ni tan sols respirar sense impediment.” (Chauliac, 1363: 422)^{23, 24}

Per a Vigarello (2010) aquest és un text decisiu que mostra molt bé la dificultat que hi havia en el segle XIV per establir els matisos de la grassor i distingir el greix de la carn. En els textos medievals existeix una gran ambigüïtat quant a precisar l'origen de la grassor o el contingut (líquids, greix, gasos); les descripcions resulten obscures, es parla d'hidropèsia, d'anasarca, de leucoflemàcia. En aquesta època s'imposà la idea de l'evacuació, del buidament, de la dessecació, com per exemple la purga o el sagnat. Guy de Chauliac recomanava també una dieta que evités la producció de gas per a tractar els “abscessos gasosos”. Una tercera crítica va sorgir de les corts medievals més lligada a l'estètica. L'aparença es va sotmetre a un major refinament. S'exigia una major subtileza del cos femení, un coll llarg, uns braços delicats i fràgils, uns malucs un mica amples, una cintura estreta. Tanmateix, el cos de la dona havia de combinar el refinament amb una certa exuberància o carnalitat. El cos masculí, diferent del femení, havia de ser robust i fort, però havia de mostrar també agilitat, flexibilitat; l'excés de volum s'iniciava quan el moviment i el vigor es veien amenaçats. Però aquesta major presa de consciència dels contorns corporals no es va acompanyar d'un rebuig unànime de la grassor, que continuava simbolitzant prestigi entre els més benestants, especialment en els homes. Contràriament, la grassor popular era interpretada com a signe d'abandonament. Així, la crítica continuava sent eminentment moral i socialment orientada, el prestigi o la desvalorització del gras estaven lligats a la posició social d'aquell a qui es jutjava. Vigarello explica que les il·lustracions del segle XV mostren que la grassor era valorada en certes professions (cuiners, carnisers, flequers), cosa que ens remet al “físic del treball” que descrivia Bourdieu a finals dels anys 70 a *La Distinción*.

En els segles XVI y XVII un lent refinament cultural va fer possible una percepció més subtil dels trets i les formes corporals. Si bé no van desaparèixer els menjars exuberants de les festes dels nobles, es va prestar una major atenció a l'aparença. A

²³ Citat per Vigarello, 2010: 43.

²⁴ La traducció és de l'autora.

les corts es va imposar l'etiqueta, l'elegància. L'estètica femenina va estar definida durant molt de temps per un codi moral que privilegiava el bust, la cara, els braços, les mans; es tractava d'emfatitzar l'espiritualitat de la part superior del cos. La part inferior restava oculta sota l'amplària de la roba, no interessava massa o gens, era poc digna de correcció. Per tal d'aconseguir la perfecció estètica, la dona havia d'adoptar un rigorosa actitud moral que controlés la seves accions; la bellesa no era només física, sinó també espiritual. Aquesta bellesa "moralitzada" establia una distància social, doncs la noblesa i el pudor s'associaven a les dones refinades i la lleugeresa a les dones de les classes populars. En l'home es privilegiava la força, atribut que definia el seu paper a la societat. Això no significa que es reconegués la bellesa masculina, sinó que buscava mostrar la seva posició dominant. L'home havia de tenir un cos fort, ben format, però àgil, lleuger, oposat a les antigues formes més pesades del cavaller medieval. La crítica de la grassor es centrava en la pesadesa, l'apatia, la ganduleria, la ignorància, més que no pas en la golafreria o el pecat. No obstant, els límits entre primesa i grassor no eren massa clars, resultaven bastant intuïtius. Cal destacar que en aquesta època el menyspreu del gras no s'acompanyava d'un glorificació de la primesa. Aquesta encara espantava, recordava la fam, s'associava a patologia, era un obstacle per a la concepció, dibuixava el camí cap a la vellesa i la mort, i en ocasions s'identificava, fins i tot, amb la bogeria. El que es buscava era més aviat un cert equilibri, una modulació de les formes. En aquests segles els règims d'aprimament van començar a sorgir tímidament entre les classes altes, basats principalment en limitar la ingesta d'aliments. Algunes substàncies àcides, com el vinagre i la llimona es consideraven aprimadores degut a la seva acció astringent. En les últimes dècades del segle XVI van aparèixer les pràctiques de "compressió", com els cinturons i les cotilles, que buscaven modificar el ventres excessius mitjançant la força de constricció, i confirmaven la voluntat d'aprimament. L'atenció concedida a la part superior del cos va propiciar la utilització quotidiana de la cotilla "ben ajustada" entre les dones distingides, fet que va accentuar la diferència entre cossos nobles i cossos populars, i va rubricar la unió entre bellesa i voluntat. La dones que no l'utilitzaven es consideraven més "lleugeres o immorals". La cotilla pot ser entesa, doncs, com quelcom més que una peça de vestir, com quelcom vinculat a la moralitat i a l'opressió social de les dones. També alguns homes excessivament grassos van recórrer a

aquestes pràctiques de constricció mecànica (Vigarelló, 2004 i 2010). Els metges continuaven aplicant els tractaments tradicionals d'evacuació corporal, purga o sagnat, però van sorgir noves temptatives que intentaven delimitar l'origen de la grassor i posaven de manifest el creixent interès que suscitava aquesta entitat. A finals del segle XVI i durant el segle XVII es van publicar els primers textos que feien referència als aspectes clínics de l'obesitat i, encara que estaven influïts pel pensament d'Hipòcrates i de Galè, introduïen noves idees sobre aspectes físics i químics de la funció del cos humà. Com a difusors d'aquestes idees destaquen Giovanni Alfonso Borelli, científic italià del segle XVII, que va basar les seves idees sobre l'obesitat en la iatromecànica, i Jan Baptiste van Helmont, metge flamenc del segle XVII, que en la seva obra *Ortus Medicinae* va relacionar l'obesitat amb les teories iatroquímiques²⁵ (Alfredo Buzzi, 1968; Bray, 1990).

Amb el segle XVIII i la Il·lustració es va produir una nova modificació dels criteris de bellesa, es va produir una naturalització de la silueta femenina, que demanava més llibertat de moviment del cos. La cotilla va perdre rigidesa. Les formes més lliures van suposar també una atenció més gran a les particularitats de cadascú; la recerca de la bellesa es va personalitzar, apuntant també a una major individualització de la grassor. De tota manera, es continuava exigint a les dones una figura esvelta, mentre que en els homes es tolerava una certa densitat o un abdomen prominent entre aquells que eren rics o tenien un cert poder, si bé això també va comportar un crítica social envers aquests en considerar que eren "aprofitats" o "acaparadors". Cal destacar que en aquesta època van sorgir els primers procediments de mesura del cos, modestos, però presents. Georges Louis L. Buffon, biòleg i naturalista, va proposar a la seva *Historia Natural* una correspondència numèrica entre l'alçada i el pes. En el transcurs d'aquest segle els europeus van descobrir la "fibra", relacionant el relaxament d'aquesta amb la insensibilitat i la impotència, amb la manca de capacitat de reacció. Es considerava que la grassor produïa compressió dels nervis i contribuïa al reblaniment de les fibres, cosa que afavoria alhora l'accés gras. Es va promoure la caminada per tonificar el cos i

²⁵ Les concepcions dels metges sobre les funcions orgàniques en condicions normals i patològiques havien estat dominades durant segles per la teoria humoral. En aquest període va adquirir ímpetu la iatromecànica o iatrofísica, influenciada pels estudis de Descartes y Galileu, que buscava l'aplicació de les lleis físiques i matemàtiques als processos biològics, i la iatroquímica que buscava trobar explicacions químiques als processos fisiològics i patològics del cos humà.

aconseguir major flexibilitat, el contacte amb l'aire fred i els banys d'aigua freda s'estimaven beneficiosos per a l'enduriment de les fibres, en alguns casos es va recórrer també a l'estimulació elèctrica. D'aquesta manera, es va fer de l'actitud i del moviment un signe de vigor i de salut. Vigarello parla d'una visió "precientífica" de l'exercici físic (2004: 126). També els hàbits alimentaris es van relacionar amb la possessió d'un cos saludable i estèticament desitjable. Georges Cheyne, metge angles, durant la primera meitat del segle XVIII va vincular la dieta a les formes del cos; opinava que era preferible limitar la dieta als vegetals ja que les carns produïen pesadesa i embotornament. La dieta va esdevenir objecte de comentari, de discussió i de contradiccions, especialment entre els membres de la classe cultivada (Vigarello, 2004 i 2010). L'any 1727 Thomas Short, metge escocès, va publicar *Discourse on the causes and effects of corpulency together with the method for its prevention and cure*, la primera monografia en anglès sobre obesitat; si bé algunes de les causes i tractaments que proposa es consideren incorrectes en l'actualitat, cal destacar que descriu el consum d'aliments dolços i rics en greix, així com la manca d'activitat física, com a causes de corpulència²⁶, i assenyala la responsabilitat individual. També un metge escocès, Malcolm Flemyng, l'any 1760 a *Discourse on the nature, causes and cure of corpulency* fa referència a l'excés de menjar com a causa d'obesitat, però considera que no és l'única causa ni tampoc condició *sine qua non* de grassor. Recomana el consum de fibra vegetal i desaconsella els greixos animals. El 1765 Giovanni Battista Morgagni, reconegut anatomopatòleg italià, descriu per primer cop a *De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen indagatis* la rellevància de l'obesitat abdominal y les seves comorbilitats (Bray, 1990; David Haslam, 2007; Haslam i Neville Rigby, 2010). Tanmateix, la medicina del segle XVIII es preocupava únicament de les grans obesitats. Vigarello destaca que en la segona meitat d'aquest segle els procediments d'embelliment es van diversificar, la seva pràctica va començar a generalitzar-se i es va desenvolupar un mercat de luxe. També en aquesta època apareix una idea de degradació o decadència vinculada a la modernitat, de feblesa entre els habitants de les grans ciutats, que pot alterar la salut col·lectiva. Segons Vigarello (2004), aquesta imatge de degeneració es va elaborar al voltant de dues concepcions: la responsabilitat de l'Estat envers els recursos col·lectius d'una part, els

²⁶ Corpulència: terme de l'època per denominar l'obesitat.

efectes del progrés d'una altra. Per primer cop va aparèixer la idea d'una educació pública i d'una higiene pública, que ja assenyalaven allò que s'esperava de l'Estat: la garantia de benestar i de salut.

Amb el Romanticisme la bellesa va esdevenir expressió de la interioritat. La coqueteria va adquirir importància com una manera d'intensificar l'atractiu. Els cosmètics corregien defectes i aprofundien l'encant, buscant sempre la naturalitat, la sensibilitat. La silueta va esdevenir més gràcil, les línies més anatòmiques, la gestualitat més espontània. La imatge ideal de la dona destacava una cintura encara comprimida, uns pits prominents, unes espatlles alçades i uns malucs amples, una certa voluptuositat, però sempre mostrant una refinada delicadesa. La antiga cotilla persistia, si bé es buscava un major confort i flexibilitat. La silueta masculina també es va transformar. Malgrat que en l'home, a diferència de la dona, es continuava tolerant una certa densitat, es va anar imposant un ventre fort, una cintura marcada, un pit ample i reforçat, que suggerien vigor, eficàcia. Va desaparèixer el "ventre burgès" (Vigarello, 2004). Encara que la referència al pes era encara estranya, en els tractaments d'aprimament s'hi començà a fer referència. Al 1826 Jean A. Brillat-Savarin, jurista francès i un dels primers escriptors gastronòmics de la història de l'alimentació humana, en el seu llibre *Fisiología del gusto* escrivia:

"... le entregué la lista de prescripciones a seguir, la primera de las cuales mandaba que debía pesarse al principio y al fin de la cura, con objeto de tener bases matemáticas para comprobar los resultados." (Brillat-Savarin, *Meditación XXII*, 2001: 165)

L'any 1835 Adolphe Quetelet²⁷, matemàtic, estadístic i sociòleg belga, en la seva obra *Sur l'homme et le développement de ses facultés: essai d'une physique sociale* va publicar les primeres xifres sobre dimensions corporals relacionant alçada i pes, incorporant a les indicacions de Buffon l'edat i el sexe. A cada talla, edat i sexe li correspondria un pes "normal" establert estadísticament. Així es van establir unes pautes de normalitat i les seves desviacions basant-se enterament en les xifres. Les idees sobre obesitat pròpies d'aquest període queden resumides en el llibre de Christoph Wilhelm Hufeland *Textbook of medicine* (1842), on el metge alemany parla

²⁷ Malgrat que Vigarello fa referència a aquest autor com Auguste Quetelet, el nom correcte és Adolphe Quetelet.

d'ús immoderat d'aliments, manca d'exercici, fibra i constitució laxa i temperament flegmàtic; tanmateix considera la possible existència d'una predisposició genètica i assenyala que alguns són prims malgrat una alimentació abundant mentre que d'altres engreixen tot i estar sotmesos a restricció alimentària. Cal assenyalar que en l'actualitat, passats quasi dos segles, estem més o menys en el mateix punt (cf.: 4.2 i 4.3).

En aquesta època va tenir lloc una revisió profunda dels mecanismes fisiològics del cos, centrant-se cada cop més en el mecanisme de combustió orgànica. Les aportacions en aquest sentit del químic i biòleg francès Antoine Lavoisier el 1778, i més tard del fisiòleg i físic alemany Hermann von Helmholtz el 1847, van tenir inevitables conseqüències en la visió de les dietes, de la grassor i de la salut. Es va imposar una explicació, encara totalment vigent avui en dia, segons la qual el greix era el producte d'un excés de matèria no cremada, i dues serien les possibles causes: l'abundància d'aliments o l'excessiu sedentarisme. Es començaven a abandonar els antics models que privilegiaven els humors, les fibres o els nervis. Thomas King Chambers, metge anglès, recull aquest concepte de desequilibri calòric a *Corpulence, or excess of fat in human body* (1850), considerat un dels llibres més interessants sobre obesitat publicats durant el segle XIX (Bray, 1990 i 1993). Charles Bouchard, patòleg francès, va intentar avaluar al 1882 el caràcter hereditari de l'obesitat, cosa que el va conduir a diferenciar dos tipus de grassor, una provocada per excés d'aliments i una altra per influència atàvica. Bouchard va introduir el concepte de "nutrició ralentitzada" en relació al dèficit de combustió (Gregorio Marañón, 1936; Vigarello, 2010). Com veiem, si bé es començava a fer esment de factors hereditaris de l'obesitat, persistien elements culpabilitzadors de l'obès en considerar que aquest menjava més del necessari o era excessivament lent o sedentari.

A finals del segle XIX la imatge de la dona es modificaria amb el descobriment de les parts baixes del cos. La desaparició de la tradicional amplitud de les faldilles va suposar el final de l'ocultament de la pelvis i de les cames. La "normalització" del nu va representar un nou canvi en les seves formes físiques. La platja com a lloc d'esbargiment per excel·lència va propiciar la visió del cos, tant de les dones com dels homes, però la pressió sobre els cossos femenins continuava sent més forta. La grassor

es detectava precoçment i el seu rebuig era més ferm, l'esveltesa va resultar més urgent i va afavorir la introducció de pràctiques d'aprimament basades principalment en l'exercici físic i les dietes. Es recomanava un reducció de calories, de sucres, d'aliments feculents i de greixos. En el cas de l'obès atàvic, la situació era més complexa ja que aquest havia de lluitar inevitablement contra el seu "dèficit", és a dir, havia de "modificar la pròpia constitució". La difusió de la balança i del mirall de cos sencer van permetre l'observació íntima del propi cos. L'estètica predominà definitivament, preocupava sobre tot la lletjor. Un treball sobre sí mateix s'imposà com a forma primordial d'embelliment. La publicitat de diverses tècniques d'aprimament, que garantien resultats segurs i ràpids, es va multiplicar. La constitució d'un ampli mercat de bellesa va legitimar un artífici anteriorment només tolerat i una oferta totalment organitzada, diversificada, s'instal·là definitivament. D'aquesta manera es va establir un lligam més estret entre esveltesa, salut i bellesa; el discurs mèdic sobre ús immoderat d'aliments, sedentarisme i grassor, d'una banda, i el mercat de bellesa i pràctiques d'aprimament, d'una altra, van promoure la recerca de la primesa com a model de salut i estètica corporal. El rebuig social a què estava sotmès l'obès i la seva angoixa augmentaven amb els intents d'aprimar-se, en molts casos infructuosos; la grassor sovint es reproduïa com una fatalitat (Perrot, 1991; Vigarello, 2004 i 2010).

Amb l'arribada del segle XX es van allargar les siluetes i es va introduir un control més rigorós dels volums i pesos corporals, que s'accentuaria a partir de la Segona Guerra Mundial. La imatge del cos femení va lliscar de la lletra "S" a la lletra "I" (Vigarello, 2004: 191). Es va iniciar tota una mística de la primesa, "tot un martiri de l'aprimament"²⁸(Perrot, 1991: 196). A mesura que la dona augmentava la seva presència en l'espai públic, a mesura que es transformava el seu paper social i la seva imatge cultural, s'accentuava la silueta allargada, la moda a la *garçonne* i la necessitat de tenir cura de l'aspecte físic. Com assegurava una revista francesa de moda de l'època (citada per Vigarello, 2004: 196): "La dona que treballa ha de ser tan agradable a la vista en arribar a la feina, com en sortir-ne"²⁹. Només es necessitava determinació i voluntat, la bellesa no era innata sinó adquirida. Aquest èmfasi en la necessitat de

²⁸ La traducció és de l'autora.

²⁹ La traducció és de l'autora.

cuidar la imatge femenina serveix, encara avui en dia, per afegir el que Wolf (1991) anomena un "tercer torn" al treball extradomèstic i a les tasques de llar que realitzen les dones. La preocupació per la silueta va augmentar entre les dones europees i nord-americanes de classe alta quan el greix va suposar un impediment per a aquelles que seguien de prop el món de l'alta costura. En la dècada dels anys vint el modista Paul Poiret va marcar la moda en dissenyar vestits exclusivament per a cossos esvelts (Gracia, 2002). Aquest model d'esveltesa es va imposar a més gran escala amb el desenvolupament dels mitjans de comunicació, el cinema, les revistes, la publicitat i, sobre tot, amb la generalització de la televisió, especialment entre la classe mitjana que va experimentar un creixement accelerat. En aquest context, els intents de controlar el propi cos i l'afirmació del jo es van generalitzar.

L'interès de l'estament mèdic per controlar el pes corporal i la consideració de la grassor com un risc per a la salut van intensificar aquesta pressió per les formes corporals. En la primera meitat del segle XX podem destacar la figura de Gregorio Marañón, creador de l'endocrinologia al nostre país, que va publicar l'any 1926 la monografia *Gordos y Flacos* on repassa els coneixements etiopatogènics de l'obesitat. En aquest text fa referència a la multifactorialitat d'aquesta entitat, ressaltant particularment el factor endocrí. Considera l'obesitat com un factor de risc de nombroses malalties (diabetis, malalties circulatòries, digestives...) més que no pas com una malaltia en si mateixa :

"Yo creo que hacen más por su salud los que enflaquecen que los que engordan.... acechan al obeso mil peligros que respetan al delgado... son enfermedades que prenden casi exclusivamente en gordos....". "A mayor peso, menor longevidad y viceversa" (Marañón, 1936: 64, 65 i 77)

Insisteix en la necessitat de prevenir els estats extrems d'obesitat i de primesa donada la dificultat del seu tractament:

"La delgadez extrema y la gran obesidad son estados difíciles de curar; pero relativamente fáciles de prevenir. Lo importante, por lo tanto, es *que no se llegue a ser un ser escuálido o un gordo formidable.*" (Marañón, 1936: 119)

Respecte al tractament de l'obesitat afegeix:

“El obeso adulto, constituido, debe tener en cuenta que su adelgazamiento no será obra de un plan médico, sino de un cambio total de régimen de vida. El ser gordo es el resultado de toda una vida incorrecta; y hay que corregirla toda ella. Si no se plantea así el problema, el paciente irá de consulta en consulta, de sanatorio en sanatorio, adelgazando un poco, volviendo a engordar y, al fin, se cansará y se resignará con su peso. Mientras el gordo no se coloque en la situación mental comprensiva de su problema, tendrá razón al decir, como Béraud³⁰: Todo hace engordar a los obesos, el régimen, los deportes, las duchas, la falta de sueño...” (Marañón, 1936: 124)

Com veurem més endavant, en molts aspectes la visió actual no s'ha modificat substancialment, si bé Marañón semblava preocupat bàsicament per les grans obesitats. Considero també interessant assenyalar la visió d'aquest autor en relació als criteris per jutjar quan un pes és excessiu o insuficient. Fa referència a les taules de Quetelet per ser les més popularitzades:

“Pero la aplicación de estas cifras medias a cada individuo suele ser desastrosa... tienen el valor de una orientación general, no tienen casi nunca valor real, al acomodarlas a cada caso.... Yo he visto muchos hombres, y sobre todo mujeres, inútilmente perturbados por el afán de ajustar su peso a este canon equivocado.”(Marañón, 1936: 62-63)

El 1947 l'endocrinòleg francès Jean Vague en el seu treball *La différenciation sexuelle, facteur déterminant des formes d'obésité* va descriure allò que molts anys després seria conegut com a síndrome metabòlica, vinculada a l'obesitat androide o central (Haslam, 2007). Els consells alimentaris i l'augment d'activitat física continuaven sent les recomanacions principals per tractar l'obesitat. En la segona meitat del segle XX els estudis sobre obesitat es van intensificar, els Estats Units van passar a liderar la investigació mèdica. Es van afegir els fàrmacs, la modificació conductual i finalment la cirurgia bariàtrica al tractament de l'obesitat, tanmateix els resultats continuaven, i continuen, sent modestos. Cal destacar que l'interès mèdic per controlar el pes corporal es va veure reforçat per l'actuació de les companyies d'assegurances

³⁰ L'escriptor i periodista francès Henri Béraud va publicar l'any 1922 la novel·la *El martirio del obeso*, que va guanyar el Premi Goncourt del mateix any, i que ha estat reeditada recentment.

americanes, que des de finals del segle XIX consideraven la grassor com un risc per a la salut i van començar a encreuar corbes de pes i corbes de mortalitat, adaptant les seves tarifes en funció de la distància que presentava el client respecte del seu pes ideal. D'aquesta manera es van establir progressivament les bases de *lipofòbia*, és a dir el rebuig al greix i la por a engreixar, que té a veure tant amb els canvis ocorreguts en la visió mèdica de l'obesitat, com amb els canvis simultanis observats en l'aparença corporal. Es produeix així una convergència cultural de dos discursos diferents entorn a l'ideal de primesa: el discurs estètic i el discurs de salut. La grassor esdevé sinònim de lletjor i malaltia, la primesa de bellesa i salut (Fischler, 1995; Gracia 2002). Entre els anys cinquanta i setanta es multipliquen els productes, les dietes o els tractaments destinats a mantenir o millorar el pes i la imatge corporal, dirigits principalment a les dones, que constituïran només el preludi de l'allau interminable de propostes cosmètiques i dietètiques de finals del segle XX i principis del XXI, que culminarà amb l'aparició de sofisticades tecnologies utilitzades en el camp de la cirurgia estètica i encaminades a corregir "defectes", a modelar la silueta corporal i, teòricament, a millorar la salut. Aquest creixent desplegament de procediments biomèdics i estètics posa de manifest la important mercantilització del cos i salut i la condició de mercaderia que ha adquirit el cos en el capitalisme de consum. La consideració de l'excés de pes corporal com a problema de salut i estètic ha transformat la primesa i la grassor en oportunitats de negoci. Les indústries lligades a l'estètica corporal alimenten el desig d'assolir un cos atractiu i un aspecte saludable. També la indústria farmacèutica i la biotecnologia obren noves possibilitats per millorar l'aparença física i la salut. En aquestes circumstàncies, sovint es fa difícil separar en els discursos biomèdics allò que fa referència a interessos de salut o a interessos de mercat (Mike Featherstone, 1991; Petersen, 2007; Gracia, 2010a).

En un context mediàtic i de consum la preocupació pel pes corporal o l'estètica del cos, que en un principi afectava principalment a les dones de classes altes, s'ha popularitzat i arriba en aquest moment a tots els estaments socials. El fet que els cànons sobre pes i estètica hagin penetrat en major grau entre les dones té a veure amb les seves possibilitats de mobilitat social, els models de socialització de gèneres i els usos que les dones han fet històricament del cos i del menjar. Actualment un cos prim ha

esdevingut, especialment per a elles, un mitjà per a la mobilitat social ascendent (Gracia, 2010a). Però si bé la lipofòbia s'ha exercit sempre de forma més manifesta i profunda sobre les dones, també el desig de tenir un cos estèticament acceptable s'està introduint progressivament, encara que en menor mesura, entre la població masculina.

Podem dir que, si bé des del segle passat el cos s'hauria alliberat, presumiblement, d'encotillaments físics i morals, el canvi ha estat més qualitatiu que quantitatiu. La "cotilla" ha estat substituïda per una nova forma de coerció o disciplina, tal vegada més severa que la requerida en períodes anteriors, lligada a unes normes cada cop més exigents i interioritzades respecte de l'aparença corporal i de l'expressió del jo. Sigui com sigui, en totes les èpoques la societat ha legitimat determinats models de cossos mentre que n'ha menyspreat uns altres; siguin quins siguin els canons estètics, els individus utilitzen els mitjans disponibles per modelar el cos en funció de l'ideal de l'època.

2.2. La centralitat del cos a la societat industrial contemporània

En el nostre marc cultural el cos és viscut com indissociable de la nostra identitat, com quelcom que ens informa sobre el qui i el com de la persona. L'expressió i els moviments corporals, l'aspecte exterior en el seu conjunt ens transmeten informació, doncs són elements culturalment codificats que posseeixen un significat conegut i habitualment compartit pels integrants d'una mateixa col·lectivitat. Així, en tant que expressió d'identitat, el cos transcendeix allò que és purament físic, representa el més íntim de nosaltres mateixos, és la base de les nostres experiències i l'expressió de la nostra personalitat, és la nostra carta de presentació i, amb freqüència, la clau del nostre èxit o fracàs.

Aquesta visió del cos com a reflex de la identitat no és nova. Hem vist que al llarg de la història diferents formes corporals han esdevingut criteris que avaluen el valor de la persona, que transmeten nocions de prestigi, eficàcia, vigor o, contràriament, d'ignorància, descrèdit, ganduleria o impotència. Tanmateix, en una societat

individualitzada com la nostra el cos adquireix una rellevància sense precedent i es transforma en un element central en la construcció del projecte identitari i en requisit de pertinença.

2.2.1. Individualització, individualisme, cos i identitat

Norbert Elias en el seu últim treball, *La sociedad de los individuos* (1990 [1987]), assenyala que la individualització que caracteritza la societat moderna es producte d'una transformació històrica. Argumenta que en les societats cada cop més complexes la cohesió i harmonia es relaxen i l'actuació des de la "perspectiva del nosaltres" (1990: 152) es veu substituïda per la necessitat o l'imperatiu de prendre decisions de forma individual dins l'entramat social. Aquesta visió ha estat àmpliament desenvolupada per autors com Ulrich Beck i Elisabeth Beck-Gernsheim, Anthony Giddens o Zygmunt Bauman, entre d'altres.

Des de la perspectiva de Beck i Beck-Gernsheim (2003) el concepte d'individualització descriu una transformació estructural, sociològica, de les institucions socials i de la relació de l'individu amb la societat. En la segona modernitat o modernitat reflexiva, com alguns autors denominen a la societat contemporània³¹, els individus esdevenen agents de la pròpia identitat, han de desenvolupar la pròpia biografia i organitzar-la en relació amb els altres. Però la qüestió, tal com ho plantegen aquests autors, és fins a quin punt els individus prenen les *pròpies* decisions i si vertaderament es donen les condicions per tal que realitzin la seva vida com una biografia electiva. Consideren que aquesta individualització, que ells anomenen *individualisme institucionalitzat*, allibera a les persones de traves tradicionals però, al mateix temps, les condiciona de diferent manera. Juntament amb aquest alliberar-se de les traves tradicionals, es produeix una nova estandardització mitjançant la dependència de l'individu del mercat laboral i del

³¹ La noció de "modernitat reflexiva", encunyada per Antony Giddens en els seus llibres *Consecuencias de la modernidad* (1994) i *Modernidad e identidad del yo* (1995), fa referència a un procés de modernitat reflexiva o segona modernitat que antropologitza, qüestiona i problematitza les representacions col·lectives de la modernitat, a partir del referent modern de la reflexivitat del subjecte, és a dir, de la seva capacitat de judici i de decisió. Aquesta noció es represa per Beck per explicar un procés de radicalització de la modernitat que porta a la autoconfrontació i trencament amb els propis pressupòsits i que obre vies a una modernitat diferent (Ulrich Beck, Antony Giddens y Scott Lash (2001).

consum, dependència que s'extén a tots els àmbits de la vida. Per a Beck i Beck-Gernsheim la diferència fonamental consisteix en què les directrius modernes obliguen a l'autoresponsabilitat i l'autoorganització de les biografies individuals, però l'existència privada depèn en gran manera de situacions i condicions que escapen a la intervenció de l'individu; paradoxalment, l'individu ha d'escollir, té la necessitat de *buscar solucions biogràfiques a contradiccions sistèmiques*. Com veurem més endavant (cf.: 4.4), aquest concepte és important per analitzar les experiències viscudes per individus amb un pes corporal elevat, quan es posa l'accent en la responsabilitat personal i es demanen solucions individuals front a situacions que afavoreixen l'obesitat i que, sovint, depenen de factors estructurals i no únicament de la pròpia voluntat.

Es tracta, per tant, d'una vida reflexiva, que necessita una gestió activa per viure en un context d'exigències en conflicte i en un espai d'incertesa global. Per això, Beck i Beck-Gernsheim entenen que la individualització institucionalitzada no s'ha de confondre amb l'individualisme i l'atomització³², ja que es tracta d'un procés ambivalent en el qual l'individu no és necessàriament un individu emancipat que busca l'interès individual sinó un individu que, precisament pel caràcter ambivalent de la individualització, està sotmès a noves dependències i noves inseguretats (Beck, 1992; Beck i Beck-Gernsheim, 2003).

Per a Giddens (1995) la identitat personal és un "projecte reflexiu" o "biografia reflexiva", que consisteix en el manteniment d'una crònica biogràfica coherent, contínuament revisada a la llum de noves informacions o coneixements, de circumstàncies de la vida social ràpidament canviant, i on els individus es veuen forçats a elegir un estil de vida entre una diversitat d'opcions. Seguint a aquest autor, l'estil de vida pot definir-se com un conjunt de pràctiques més o menys integrat que un

³² En relació als conceptes d'individualització i individualisme, és interessant i clarificadora l'aportació de M. Soledad Herrera (2007: 149). Seguint a autors com Beck i Beck-Gernsheim (2003) i Steven Lukes (1975), explica que el concepte d'individualització, més neutral, es diferencia del d'individualisme, que pot tenir un significat pejoratiu (individualisme egoista o utilitarista) o positiu (autoperfeccionament individual). El concepte d'individualització fa al·lusió a la idea de procés, a una categoria social que s'imposa a l'individu; no implica necessàriament, com l'individualisme, la recerca de l'interès individual, no genera *primero yo antes que la sociedad*.

individu adopta no només perquè satisfan necessitats utilitàries, sinó perquè donen forma material a una crònica concreta de la identitat del jo (1995: 106).

Bauman (2003b i 2007a) opina també que la individualització aporta una major llibertat per experimentar i l'obligació sense precedents de fer front a les seves conseqüències. Darrera de la capacitat d'escollir, de decidir, la possibilitat d'equivocar-se està sempre present i el fracàs esdevé un assumpte personal, que posa l'accent en la culpa i la responsabilitat individuals. En aquest context, per exemple, aquells que cauen malalts és perquè no van seguir un règim adequat, o aquells que no aconsegueixen una feina és perquè no estan a l'alçada o perquè no s'han esforçat suficientment. Això és, al menys, el que es diu, i el que molts han arribat a creure.

D'acord amb Bauman:

“No nos engañemos... la individualización es un destino, no una elección. En el país de la libertad de elección individual, la opción de escapar a la individualización y a la participación en el juego individualizador *no* está en absoluto al orden del día.”
(Bauman, 2003b: 22)

Beck considera el risc com una de les categories centrals de la inseguretats de l'experiència contemporània. Opina que la “biografia electiva” o “biografia reflexiva” pot esdevenir una “biografia de risc”. Donat el procés d'individualització social, els riscos es conceben sobre la base de les coses que fan els individus (Beck, 1992; Beck i Beck-Gernsheim, 2003). Douglas (1996) insisteix sobre el biaix cultural a través del qual es perceben els riscos, sobre la noció de risc com una categoria social i sobre la insuficiència dels enfocaments que analitzen el risc a partir de l'elecció selectiva de l'individu. Argumenta que les institucions utilitzen la qüestió del risc per controlar la incertesa respecte de la conducta humana i per reforçar les normes. Ortega (2010) opina que el discurs del risc ha adquirit un posició preferencial en la nostra cultura contemporània i considera que la incorporació de la retòrica del risc té com a objectiu la formació d'individus responsables que orienten els seus estils de vida envers comportaments lliures de risc.

La societat individualitzada, que fomenta l'organització i el control individual, i on el subjecte sembla lliure de construir la pròpia identitat, ha fet del cos un espai personal socialment sagrat, una part central del projecte reflexiu de la identitat del jo. En aquest context la recerca de la salut i la perfecció corporal esdevenen objectius fonamentals. El discurs del risc emfatitza l'atenció higiènica, estètica i mèdica del cos, la formació d'un subjecte que s'autocontrola, s'autovigila i s'autogoverna, privilegiant les activitats que permeten centrar-se en si mateix. El jo que "es cuida" té en el cos i en l'acte de "cuidar-se" la font bàsica de la seva identitat. Així, per mitjà de diverses pràctiques com la dieta o el *fitness*, o a través de l'aparença del rostre, o de la forma de vestir-nos, entre d'altres, mostrem la nostra competència per cuidar de nosaltres mateixos i construir la pròpia identitat.

La relació que s'estableix entre cos físic i identitat individual -la idea de *self* corporalitzat que proposa Giddens (1995)- i l'èmfasi creixent que la nostra societat atorga als diversos procediments destinats a tenir cura del cos ha portat a la formació del que Ortega (2010) defineix com a bioidentitats o identitats somàtiques, basades en les característiques corporals, que han desplaçat cap a l'exterioritat el model internalista i intimista de construcció i descripció del si. El cos i el *self* s'identifiquen i l'aparença física esdevé el signe cardinal del *self*³³. En aquest context, on la identitat ve marcada en gran mesura per l'aparença del cos, la negligència corporal pot suposar la disminució de l'acceptabilitat d'un mateix com a persona i un obstacle per a la integració social (Mike Featherstone, 1991). Invertir en el propi cos pot significar invertir en la pròpia pertinença a la societat, cosa que comporta un interès creixent en les eleccions de consum com a formes d'identificació personal (cf.: 5.1).

Seguint a Le Breton, podem definir l'aparença corporal de la següent manera:

"La apariència corporal responde a una escenificación del actor, relacionada con la manera de presentarse y de representarse. Implica la vestimenta, la manera de peinarse y de preparar la cara, de cuidar el cuerpo, etc., es decir, un modo cotidiano de

³³ El terme anglès *self* fa referència a fenòmens relacionats amb la consciència reflexiva. El *self*, la consciència de si o el *si mateix* són els termes més freqüentment utilitzats per referir-se a aquest concepte (Julio Seoane, 2005).

ponerse en juego socialmente, según las circunstancias, a través de un modo de mostrarse y de un estilo." (Le Breton, 2002: 81)

Així doncs, podem dir que l'aparença del cos té un paper central en les interaccions de la vida quotidiana. Des de l'interaccionisme simbòlic, Erving Goffman descriu les formes en què les normes i expectatives culturals s'imposen en *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (2006 [1959]). El punt central de la seva teoria és l'anàlisi de les realitats socials amb base en les interaccions. Explica les trobades "cara a cara" i el comportament humà des de la perspectiva del microanàlisi. Per a ell la vida és com una representació teatral i consisteix en actuacions o *performances*³⁴, on els individus pretenen formar-se una opinió de l'altre basant-se en les informacions que reben del seu aspecte corporal i la seva conducta momentània, alhora que s'han d'esforçar per controlar les impressions que ells mateixos transmeten. Per a les representacions els actors utilitzen "màscares", que Goffman entén com a tipificacions estereotipades dels rols socials, cosa que suposa la preexistència de normes i pautes d'acció a les que les persones intenten adequar-se per obtenir el tipus de judici que ells mateixos desitgen. La diversitat de contextos en què es troben els individus pot afavorir l'adaptació d'aquesta aparença a les exigències percebudes en una situació particular. L'autopercepció sovint es genera en l'intercanvi d'impressions que es produeix en aquesta relació "cara a cara", a partir de l'anomenat *loking glass self* o "yo espejo" (Charles Horton Cooley, 2005)³⁵ basat en la interpretació que el subjecte fa de com el perceben els altres, i que pot produir algun tipus de sentiment propi, com per exemple l'orgull o la vergonya. Seguint a autors com Mauss (1979), Elias (1989) o Bourdieu (1988) que ens recorden el caràcter sociocultural de les conductes de la vida quotidiana, podem dir que les persones han incorporat les normes corporals i criteris estètics d'allò que es considera apropiat i intenten posar-ho en pràctica per obtenir el reconeixement dels altres. Tanmateix, Goffman remarca la importància que té el procés d'interpretació individual en l'execució de tota interacció, per la qual cosa, i d'acord amb ell, deixa d'assumir a l'actor com un agent passiu que actualitza les

³⁴ Al no existir una traducció precisa del terme *performance* en el nostre idioma prefereixo mantenir el vocable en el seu idioma original.

³⁵ L'obra *Human Nature and Social Order*, de la qual l'article citat n'és un fragment, va ser editada l'any 1902.

normes i valors de la societat, considerant-lo com un ésser dotat de creativitat que no només reproduceix sinó que també produeix la societat amb la seva actuació quotidiana.

A la societat industrialitzada, caracteritzada per una multiplicació de contactes breus entre individus i una diversitat de situacions, l'aparença corporal, sobre tot referida a l'aspecte físic, adquireix gran importància i és una via principal per a una primera definició; només un coneixement pròxim i continuat de la persona permetrà fer-ne una abstracció. En tant que valor social, l'aparença del cos esdevé un mitjà de realització i desenvolupament personal, encarna la nostra identitat i, com apuntava Douglas (1991), es transforma en un important sistema de classificació, en metàfora d'ordre social, d'adhesió a les normes, que cataloga al propietari sota una determinada etiqueta moral o social. Com diu Le Breton (1998), el cos és "la marca de l'individu", és allò que l'identifica, que assenyala la seva diferència i la seva distinció. En els països occidentals aquesta centralitat del cos està molt lligada a èxit social i afectiu. Obtenir el cos que proposa la societat ens pot fer sentir millor i adquirir més prestigi social. En aquest sentit, aquesta recerca d'èxit o prestigi social pot desembocar en un comportament individualista, que busca la primacia del subjecte particular front al col·lectiu, privilegiant l'atenció cap a si mateix i la competència, i transformant el cos en un valor o "capital social", en el sentit bourdiano, i en una font de poder.

Així, la forma en que els individus experimenten i entenen els seus cossos estaria mediatitzada per les expectatives que la societat ha creat respecte de l'aparença física i que estableix allò que socialment es considera acceptable, cosa que genera en moltes persones veritables sentiments d'amor i odi envers el seu cos. En el nostre marc cultural la primesa és sinònim de bellesa i salut, i, especialment per a les dones, condició *sine qua non* de bona aparença i èxit social. Com a exigència cultural la primesa afecta tant a dones com a homes, tanmateix els models que es proposen per a les unes i per als altres són diferents i, encara avui en dia, estan relacionats en gran mesura amb la definició que la nostra societat fa d'allò que es considera femení o masculí, bellesa i esveltesa per a les dones, musculació i força per als homes (Bordo, 1993; Esteban, 2000 i 2004). Si bé la pressió social per aconseguir un cos que s'acosti als cànons establerts és major per a les dones, poc a poc els homes també entren en el

cercle, manifesten el seu malestar respecte al cos i, com les dones, controlen el seu pes, la seva alimentació, i practiquen activitat física per aconseguir o mantenir allò que s'entén socialment com un cos desitjable (Gracia *et al.*, 2012). Seguint a Foucault, aquesta exigència cultural respecte del cos és un clar exemple del poder social, el control i la vigilància que s'exerceix sobre els cossos: "¡Ponte desnudo... –diria irònicament Foucault- pero sé delgado, hermoso, bronceado!" (1992: 105).

El cos ha esdevingut *locus* d'un treball cada cop més important, d'una autocura cada cop més exigent, i que porta a considerar-lo com a part d'un projecte en què cal treballar, un projecte cada cop més vinculat a la identitat del jo i obert constantment a revisió i transformació. Cal recordar que, juntament amb la preocupació per l'estètica corporal, la salut és un altre dels conceptes claus que representen valors "supremes" en la nostra societat. Així, la primesa identificada amb bellesa, salut i equilibri és l'objectiu a aconseguir, mentre que l'obesitat identificada amb lletjor, malaltia i desequilibri és allò que cal evitar. Com veurem més endavant (cf.: 6 i 6.1), les activitats encaminades a modelar el cos i adequar-lo a les exigències i normatives de la societat han proliferat i han esdevingut pràctiques habituals en la vida de moltes persones. Dieta equilibrada, activitat física, cosmètica, cirurgia estètica i un llarg etcètera de practiques corporals (i inversions econòmiques) se'ns proposen com a forma d'assolir tot allò que considerem desitjable en la vida: salut, bellesa, joventut, i que són criteris que esdevenen indicadors del valor de la persona.

2.2.2. Cos i estigma: la inconveniència de ser gras

"Los seres humanos pueden dividirse según muchos criterios. Uno de ellos es en gordos y flacos. Probablemente esta división, eminentemente empírica y superficial en apariencia, representa uno de los módulos más trascendentales para clasificar la humanidad.... La gente del pueblo cuando nos quiere describir sintéticamente a una persona desconocida, nos dice: "era un hombre gordo", o "un hombre flaco", antes de añadir ningún otro detalle. Se me dirá que el volumen de toda cosa, viva o inerte, es lo primero que hiere la vista y la imaginación del que observa.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Pero cuando instintivamente se escoge este rasgo, para caracterizar a un semejante, no sólo se obedece a una impresión sensorial, sino al hecho, que todos sabemos, sin que hayamos quizá meditado sobre él, de que la palabra "gordo" resume multitud de conceptos de herencia, de costumbres, de carácter, de modalidades de la sensibilidad y de la inteligencia; que son exactamente inversos en el "flaco". Por lo que, ciertamente, con estas palabras, decimos de una persona mucho más de lo que expresamos con cualquiera de los otros adjetivos con que podemos distinguir a un hombre, llamándole... alto o bajo, moreno o rubio, español o alemán, etc., etc. No es, pues, un hecho banal, sino un hecho muy importante el ser obeso o ser delgado."

(Gregorio Marañón, 1936: 11-13)

Tradicionalment quan parlem de bellesa ho associem a atributs positius, a bondat, mentre que quan parlem de lletjor, per oposició, fem referència a la part negativa, a l'obscur, a la maldat. Si busquem quins sinònims ens dóna el diccionari per a bellesa i per a lletjor veurem que mentre que el primer terme es pot substituir per atractiu, encant, perfecció, esplendor..., el segon es pot canviar per desproporció, deformitat, monstruositat, deixadesa....³⁶ Com explica Marta Allué (2003), la qüestió terminològica no és en absolut neutra. Amb els adjectius utilitzats per a definir a una persona, com per exemple per a caracteritzar-la des del punt de vista del seu aspecte físic, assignem atributs que, d'acord amb la ideologia del grup, i a vegades de manera inconscient, van molt més enllà d'aquest aspecte físic i de manera implícita ens remetent a qualitats de la persona en relació al seu caràcter, actitud o valor. Així, trobem persones qualificades de "lletges" que són menyspreades o rebutjades no per raons de valia personal, sinó pel simple fet de ser poc agraciades físicament, d'allunyar-se de l'estàndard de bellesa imperant, atribuint-los alhora determinats trets de personalitat. En el nostre context els adjectius *obès-obesa*, *gras-grassa* o *gord-gorda* no són neutrals, tenen

³⁶ Diccionario de sinónimos i antónimos, Barcelona: Teide (1994)
Diccionario de sinónimos y antónimos, Madrid: Espasa Calpe (2005)

connotacions negatives i resten valor a la persona, no només des del punt de vista estètic, sinó també en considerar-la dèbil de caràcter, golafre, incapaç de controlar-se i seguir les normes, de tal manera que l'individu queda reduït a l'atribut d'obès, gras o gord, eclipsant-ne la resta. Cal assenyalar, però, que la paraula *gord-gorda* és la que té una major connotació pejorativa, si bé els mateixos obesos poden utilitzar-la com un desafiament a la discriminació. La Irene, per exemple, remarca:

"... fa quasi vint anys que estic doble, obesitat, gorda, com vulguis dir-ho, gorda, gorda!" (Irene, 35 anys)

També la Cèlia en resposta a la utilització del terme *excés de pes* per part de l'entrevistadora respon:

"No, no, ya puedes decir la palabra: gorda, sí, sí, gorda." (Cèlia, 28 anys)

Altres, com veurem, eviten emprar les paraules *obès, gras o gord* i fan servir eufemismes o diminutius com "doble-ta", "reforçadet-a", "grassonet-a", "handicap", "estar majo-a", que són paraules menys feridores.

Així, quan una persona s'allunya dels patrons corporals dominants s'activa el procés d'estigmatització, dificultant els contactes socials i afavorint la desvalorització del subjecte. És en el marc de les institucions psiquiàtriques que Goffman (1993 [1963]) va posar en evidència l'estigmatització. Uns anys més tard, a finals dels anys seixanta del segle passat, Werner J. Cahnman (1968) va descriure l'estigmatització de l'obesitat. Posteriorment altres autors, com Jeffery Sobal (1995) o Jean-Pierre Poulain (2001 i 2009), han mostrat també com certes actituds negatives respecte dels obesos poden desembocar en una veritable discriminació i afectar les seves trajectòries socials.

Goffman descriu el fenomen de l'estigmatització com un procés de desacreditació i d'exclusió que sorgeix quan un atribut és incongruent amb la visió estereotipada sobre com ha de ser un individu, considerant-lo com a "anormal" o "desviat", cosa que l'inhabilita per a la plena acceptació social. L'autor considera que el fonamental és la connotació social que té l'atribut, no l'atribut en si mateix, ja que pot desacreditar o no a una persona segons la connotació que tingui en el context social en què aquest es

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

troba. Goffman explica que el terme "estigma" procedeix del grec i fa referència etimològicament a signes corporals, com talls o cremades, que assenyalaven quelcom de dolent o poc habitual en l'estatus moral de qui els presentava (esclaus, criminals o traïdors). L'estigma és sobre tot una senyal visible i és en el transcurs de les interaccions socials que la característica "d'anormal" o "desviat" és atribuïda a l'individu per part d'altres individus suposadament "normals". Tanmateix, Goffman fa la distinció entre individu *desacreditat* i *desacreditable*. En el primer cas l'estigma resulta evident, l'individu no té la possibilitat d'amagar l'atribut que el fa diferent; en el segon cas l'estigma no és immediatament perceptible. La persona obesa és *desacreditada*, més quan major és el volum i la visibilitat, ja que és un atribut difícil, sinó impossible, d'amagar. Només quan certa roba aconsegueix esborrar els cos, l'individu amb un sobrepès és *desacreditable* (Gracia *et al.*, 2012). Goffman comenta que aquesta és una diferència important, si bé és possible que una persona estigmatitzada experimenti ambdues situacions.

Goffman distingeix tres tipus d'estigma: el primer fa referència a les abominacions del cos i inclou els estigmes físics (o sensorials). El segon correspon als defectes de caràcter de l'individu o comportaments sancionats socialment, que són percebuts com a manca de voluntat, passions antinaturals, deshonestitat, etc. Per últim existeixen els estigmes tribals de la raça, la nació i la religió, susceptibles de ser transmesos per herència, on l'individu és desqualificat pel fet de pertànyer a un determinat grup o societat. Segons Cahnman (1968), la grassor es pot identificar com una condició socialment estigmatitzada associada a una deformació física (abominacions del cos) i també a una aberració comportamental o defecte de caràcter, adquirint així una connotació especialment culpabilitzant ja que apunta a un jutjament moral que designa a la persona com a responsable de la situació en què es troba.

Segons Goffman, els signes o atributs que transmeten informació sobre l'altre varien segons siguin o no congènits, i en el cas que ho siguin, variem si un cop introduïts esdevenen o no una part permanent de la persona. En el cas de l'obesitat, si bé cada cop sembla més versemblant una certa predisposició genètica, malgrat que encara no se sap en quin grau, es considera que l'obès té a les seves mans la possibilitat de no adquirir l'obesitat o de perdre el pes acumulat. Si no ho fa se'l considera golafre o

mancat de voluntat per fer front a allò que és aparentment evitable. Llavors, l'obesitat es vista com un defecte de la persona: l'obès és irresponsable i moralment incorrecte. Marià Alemany fa el següent plantejament: "Si gula es igual a pecado, y gula es igual a obesidad, luego obesidad es igual a pecado" (1996: 48).

Si la *lipofòbia* (Fischler, 1995), com he comentat abans, feia referència a l'odi al greix i a la por a engreixar des d'una perspectiva individual i introspectiva, el *lipofobisme* (Gracia *et al.*, 2012) seria la fòbia social envers els obesos, és a dir, la discriminació d'una persona per raó del seu excessiu pes corporal. En relació a l'actual patologització de l'obesitat, Gracia *et al.* (2012) es pregunten fins a quin punt els discursos biomèdics i epidemiològics poden influir en els processos d'estigmatització. Opinen que el fet de considerar a l'obès com a malalt i no com a golafre l'allunya del rebuig social i li reconeix el dret a ser assistit, però el problema és que aquests discursos no resolen les contradiccions. Quan es parla de qüestions genètiques es dóna un cop de mà a l'obès, en no traspasar-li la responsabilitat del seu estat, però quan es parla de l'obesitat com a conseqüència d'uns hàbits poc saludables es torna a redundar en la culpabilització, tot i que matisat per les influències de l'entorn. També la idealització i mercantilització del cos prim, sustentada en gran mesura en aquesta problematització biomèdica del pes corporal, comporta assumir que hi ha quelcom d'equivocat en la persona grassa i augmenta el rebuig social cap la grassor. La constant aparició de nous productes i elaborades tecnologies que ofereixen, suposadament, la possibilitat de transformació del cos han contribuït poderosament a difondre aquesta idea.

Fischler (1995) planteja que la figura del gras és en gran manera ambivalent i descriu la construcció d'un doble estereotip de la persona grassa. El primer correspon a l'individu gras extravertit, simpàtic, dotat per a les relacions, però que probablement pateix la seva grassor interiorment. A la Cèlia el seu caràcter obert, agradable, li ha servit per cridar l'atenció més enllà del seu físic:

"... cuando no tienes físico, desarrollas ese carácter, la manera de ser ¿vale? Por alguna cosa tienes que intentar llamar la atención. Es decir, si yo físicamente no entraba, pues lo que si que tenía que desarrollar era el carácter, que intentaba ser más simpática, más agradable, y siempre he sido la típica amiga gordita

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

simpàtica, es la etiqueta que siempre tienes, siempre la típica amiga, nunca nada más ¿vale?...” (Cèlia, 28 anys)

També per a en Juan o la Mònica la seva simpatia suposa un ajut per compensar el seu “desavantatge”, per intentar ocultar el cos o que aquest passi més desapercebut:

“Yo gracias al humor... el ser el payasete del grupo o el gracioso, quizá me ha hecho como de pantalla para contrarestar la gordura... o quizá es que soy así... pero siempre me ha ayudado.” (Juan, 46 anys)

“Hi ha gent que dóna per suposat: -Mira aquesta és gorda, segur que és simpàtica!- ... perquè totes les que som gordetes normalment solem ser simpàtiques, potser és per això, perquè no volem... no vull que es fixin en mi [en el seu cos] i si parlo doncs potser...” (Mònica, 18 anys)

Si bé s'observa una certa queixa respecte de la “necessitat” de ser simpàtic, aquestes persones semblen haver assumit que són físicament poc desitjables, intenten minimitzar amb el seu caràcter les dificultats que comporta el seu cos en les relacions socials i, d'aquesta manera, procuren evitar la discriminació. La seva jovialitat es pot interpretar com una façana darrera de la qual amagar el seu patiment. La Yvonne considera que les seves habilitats socials l'han ajudat a compensar, que no eliminar, el handicap que suposa la seva obesitat, aportant-li alhora més força emocional:

“Jo no sé si és per la imatge que dono, o no sé si és una miqueta per aquest handicap, però sempre crido l'atenció del client... sempre he estat un punt de referència de tracte humà, no sé si perquè dono sensació d'amabilitat o de simpatia... tot una mica provocat. Però veure's obligat a ser més fort, això sí, a ser més fort emocionalment, sí, a ser molt més fort.... però bé, està clar que hi ha el handicap aquest que sí, que realment és problemàtic.” (Yvonne, 33 anys)

Aquest estereotip d'obès simpàtic, agradable, s'oposaria a una altra imatge molt més negativa, que en el millor dels casos, com explica Fischler, correspon a un “malalt” fàcilment depressiu, i en el pitjor dels casos a l'obès egoista, irresponsable, transgressor, que viola les regles socials referides al menjar, a l'esforç i al control de si

mateix. Aquest provoca burles i és motiu de reprovació. Assenyala, però, que el primer estereotip, el de l'obès simpàtic, no escapa sempre a les reaccions negatives, com succeeix, per exemple, en el cas de la Cèlia:

"Hay gente que... -¡Qué simpática que eres, pero qué lástima que estés tan gorda!- Es muy cruel, es muy cruel, hay mucho rechazo a la hora de hacer amistades, a la hora de tener relaciones personales." (Cèlia, 28 anys)

Algunes d'aquestes persones parlen del canvi que ha suposat la pèrdua de pes respecte de l'acceptació social, mostrant també el seu ressentiment:

"Hay gente que no me hablaba y que ahora, después de haber perdido peso, de haberme operado y tal, que vienen a hablarme ¿Porqué tengo unos kilos de menos? Muy gracioso, yo soy la misma persona de siempre... y ahora soy yo la que no quiero saber nada.... Tu a mi me has despreciado porque no he reunido las condiciones físicas que para ti eran adecuadas, pues ahora, perdóname, pero tu como persona no reúnes las condiciones para entrar dentro de mi vida... me he negado en banda a dejar entrar personas que me habían hecho daño antes, y más si te hacen daño porque te discriminan físicamente... no me han dado la oportunidad de conocerme, si soy buena o no soy buena persona. Pues no te quiero en mi vida. " (Cèlia, 28 anys)

"És molt divertit! És molt divertit perquè persones que abans no et miraven ara et miren, i persones que abans et miraven amb cara de fàstic, ara es sorprenen de que t'hagis aprimat. Bueno, i tu dius, doncs ara no vull saber res ni d'uns ni dels altres, ara sóc jo la que discrimina! A mi el que em sap greu és que ara, perquè m'hagi aprimat, de cop i volta se m'obrin portes de comunicació que abans no tenia. Això és lo que a mi realment m'ha sabut greu. O que, com a individu, pel fet d'estar prim les teves paraules sembli que valguin més, i tu dius, a veure, ser prim no vol dir tenir més raó." (Yvonne, 33 anys)

La Cèlia i la Yvonne posen de manifest la rellevància del cos en la interacció social i com l'atribut "gras" resta valor a la persona. Els límits del cos deixen de ser fronteres purament físiques per esdevenir referents de la idoneïtat o la consonància amb certs

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

valors socials que, en qualsevol cas, suposen considerar que la vida diària dels individus està constantment enredada, com diria Goffman, "entre línies morals discriminatòries" (2006: 266.) Molts informants han relatat la dualitat *dins-fora* en les persones i lamenten que el cos, *allò de fora*, tinguin tanta importància en relació a *allò de dins*, és a dir, el caràcter, la personalitat, els valors, i consideren injust que es jutgi les persones només per l'aparença del seu cos.

"Ni lo entiendo, ni lo entenderé en la vida por qué es tan importante el cuerpo... sin oportunidad de conocerte... en el fondo es un envoltorio que con el tiempo se puede deteriorar ¿No? Y lo que queda es la manera de ser de la persona."
(Cèlia, 28 anys)

"La gente... piensan: ¡Ay pobre! Y a mi se me llevan los demonios, porque se fijan en lo de fuera, no se fijan en lo de dentro, y luego cuando te ven delgada: - ¡Ay, que guapa que estás!- Yo soy igual que antes, de aquí [s'assenyala el cap] no he cambiado, ni de corazón tampoco. (Isabel, 45 anys)

La probabilitat de sentir-se incòmode amb el propi cos, la timidesa o la vergonya pot augmentar quan el cos real s'aparta del cos socialment exigít. Giddens (1995) explica que la vergonya afecta directament la identitat del jo, i està estimulada per experiències en les que es generen sentiments d'inadequació o humiliació, i considera que es centra sovint en l'aspecte visible del jo, és a dir, en el cos. La mirada dels altres esdevé un element fonamental en aquesta sensació d'inadequació. Segons Jean-Paul Sartre (1984 [1943]), l'anàlisi de la mirada (*le regard*) s'inserta en el context "d'estar-amb", és a dir, en la trobada amb l'altre, en la interacció social. Quan ens sentim observats la nostra mirada no es dirigeix cap a l'altre, sinó que la nostra intencionalitat va dirigida cap a nosaltres mateixos, en tant que exposats a la mirada de l'altre que ens mira i ens jutja. Així el fet de sentir-nos observats ens fa conscients de nosaltres mateixos, i pot desencadenar sentiments de vergonya o d'orgull. La persona grassa està sotmesa inevitablement a les reaccions que suscita la seva grassor; quan la mirada o els comentaris dels altres l'acusen o la deslegitimen, la persona pot prendre consciència de la seva "anormalitat" i sentir-se infravalorada, ridiculitzada, rebutjada. Llavors les activitats quotidianes més banals es poden veure pertorbades,

especialment aquelles que tenen lloc en els espais públics (Laurence Tibère *et al.*, 2007). La majoria de persones que presenten sobrepès o obesitat declaren que en algun moment s'han sentit observades, desvaloritzades, han notat mirades o han escoltat paraules desaprovadotes que els han fet sentir incomoditat o vergonya.

"Por la calle, sí, sí, hay gente que se te giraba a mirarte.... A mí me han llegado a decir que si tenía hora, gorda. ¡Pues un rayo! ... aunque luego te ibas a casa y te echabas a llorar." (Cèlia, 28 anys)

"A veces vas por la calle y se te quedan mirando, como diciendo... ¿Éste donde va?... me mosquea y les digo: -¿Me ves bien o qué?- Porque a veces hay que ser descarado, pero no se lleva bien... el hecho de que te discriminen un poco y se te queden mirando, girando la cabeza... vergüenza... las miradas... eso siempre ha estado y últimamente más, quizá porque estoy más gordo." Comenta que a vegades: *"no te lo muestran a la cara pero luego por detrás dicen -¡No veas cómo está éste!"* (Juan, 46 años)

Les mirades o les paraules dels altres ens ofereixen una vivència de nosaltres mateixos i poden portar a interioritzar el judici que l'altre fa de nostra persona.

"Quan els altres t'ho diuen, perquè un mateix et mires al mirall i dius: -Mira sóc jo- i ja està, però quan els altres comencen: -Mira aquest que gordo que està! Mira aquest que no sé què, no sé quantos!- Després et comences a dir, comences a menjar-te el cap: -És veritat el que m'han dit aquests? Depèn de com és la persona, se't clava." (Arnau, 21 anys)

Quasi sempre aquell que mira, parla o actua, i que sovint gosa jutjar, forma part dels "normals", d'aquells socialment acceptats. Els "altres", en aquest cas el grassos, resten en inferioritat de condicions i, per tant, susceptibles de ser tractats com a tals. D'alguna manera, els normals es creuen amb dret a criticar les omissions o els excessos que els impedeixen aprimar, és a dir, a culpabilitzar-los de la seva grassor i a exigir-los que es responsabilitzin, que canviïn per acostar-se a la norma.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

“La semana pasada... ¡Bueno, tuve una con una compañera! Me dijo: -Tendrías que tomar una determinación y adelgazar-, y no sé qué, no sé cuántos. Era la tercera o cuarta vez que me lo decía... -¡Yo ya he tomado medidas!-... me reboté... ¡Tía, que ya está bien! ¿eh? Y gente que te lo dice cuando ella tiene una naturaleza que es de ser delgada, ha tenido esa suerte, y lo dice con prepotencia: -¡No, tu estás gorda porque tu quieres!- Hay gente que se debería tragar la lengua” (Pilar, 54 anys)

Mostrar el cos, despullar-se davant dels altres, és un dels aspectes que més preocupa, ja que obre la possibilitat de passar de *desacreditable* a *desacreditat*, o esdevenir encara més *desacreditat*.

“A les meves amigues els agrada molt anar a la platja, a mi també, però em fa molta vergonya, molta vergonya. I sempre em diuen: -Anem a la platja!- I jo: -No! És que no m'agrada anar-hi!- D'això no en parlo amb ningú quasi perquè no m'agrada. Jo crec que m'entendrien [les amigues], però és que em fa vergonya i... també és que em fa... no vull que pensin... no compassió, però no vull que els faci llàstima, vull normal, com elles.” Explica també que: “Els braços, la vergonya que passo en posar-me una samarreta amb tirants o sense mànigues, uf! Ho passo molt malament! És que jo penso que m'estaran mirant tota l'estona els braços o les cames o el que sigui... per riure-se'n o així.” Quan es tracta de persones desconegudes la vergonya es transforma en por: “Suposo que és por de que em diguin alguna cosa, ni que no m'hagi trobat mai, però em fa por que diguin: Mira aquella, la gorda, no sé que...!” (Mònica, 18 anys)

“Constantment ho vols dissimular amb la roba, i constantment veus que no hi ha manera de dissimular-ho! Sempre estàs trampejant.” (Yvonne, 33 anys)

En Juan recorda la primera vegada que va sentir vergonya de mostrar el seu cos coincidint amb el viatge de final de curs:

“Ibamos a ir a Ibiza, tendría 13 o 14 años, fue... miedo que me vieran en bañador y se rieran de mi... Al final no fui al viaje.” (Juan, 46 anys)

La Laura, que s'ha aprimat després de sotmetre's a una intervenció de cirurgia bariàtrica, explica com s'ha sentit estan dins els límits de normalitat ponderal, com això li ha permès passar més desapercbuda:

"Sí, i de fet és que em miraven. Ara passo desapercbuda pel carrer i abans no, sí que et miren, i tant que et miren! Convençudíssima, convençudíssima!! Tenia la sensació de que m'estaven mirant perquè estava gorda, potser em miraven per una altra cosa, però... ara no, o és que a mi no em fa la sensació, o és que vaig tan segura de mi mateixa que no miro a ningú. A vegades et miraven i algú que et coneixia set quedava mirant: -Ai! estàs embarassada?-, -No! Estic gorda!- A veure, ho havia de dir així al final." (Laura, 34 anys)

L'altra cara de la vergonya és l'orgull o l'autoestima (Giddens, 1995). Com veiem el fet de tenir un cos socialment acceptable condueix a un reforçament de la confiança en si mateix.

Altres elements externs, com cadires o seients de transports públics, també contribueixen a situar els cossos com a no normatius en fer més visible la diferència.

"Els avions o de vegades segons quines cadires... així més estretes, pues sí! T'has de poder aixecar i no t'ha de venir la cadira, saps? I quin sentiment he tingut? Vergonya de lo que diran." (Catalina, 26 anys)

La preocupació per la roba és un fet generalitzat, sobre tot en les dones. Com expliquen Gracia *et al.* (2012), la moda determina *qui pot posar-se què*, i per a moltes persones suposa una font de plaer o frustració. La roba és la bàscula dels volums, és una de les mesures objectives que pot situar el cos com a no-normatiu. *Embotir* el cos en les talles estàndard que determina la indústria esdevé sovint una motivació per perdre pes. El problema de les "talles" és un tema recurrent en les entrevistes, enyoren no gaudir del ventall de models de què disposen les persones primes i, sobre tot els més joves, es queixen que els costa trobar roba a la moda. Anar de compres, i en ocasions haver de suportar els comentaris de la venedora, pot suposar una experiència *non grata*.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

"M'he cansat d'acompanyar les meves companyes a vestir-se i anar amb elles de compres, i entrar-los jo les robes al provador! Dins de mi pensava. Vaja, no poder-me posar aquestes robes! He vist en alguna companya que ha patit més ella que jo: -Mira això, no t'aniria bé?-, -No!-, -Emprova't això que potser t'anirà bé!-, -Que no! Que no m'anirà bé!- Per no emporta-me jo una enrabiada."
(Laura, 34 anys)

"Les coses que realment m'agradaria que m'entressin, no m'entren ni de casualitat, malgrat que ara m'he aprimat... pues nena, costa moltíssim, i això arriba a ser molt dur... perquè també estàs donant una imatge que no és la que tu voldries donar.... Llocs on tampoc pots anar perquè et miren així les dependents, amb uns aires! -Mira, esto no te cabrá."- Llavors, bueno, acabes anant a llocs on no et veu ningú i el primer que veus i si veus que t'entra, endavant! Ja no mires si és maco ni lleig ni res, sols que t'entri." (Yvonne, 33 anys)

Aquí s'observen diferències entre dones i homes. Aquests semblen menys preocupats pel tema de la roba, si bé alguns, com en Xavier, han manifestat la seva decepció.

"A ver, no es frustrante... pero sí que, si me permites la expresión, cabrea un poquito ir a una tienda y ver que no te puedes poner nada de esa tienda."
(Xavier, 27 anys)

No comprar roba, fer desaparèixer el cos entre jerseis o samarretes amples, no viatjar amb els amics o no anar a la platja són conductes d'evitació, que amaguen sentiments de vergonya, d'inseguretat, de ràbia o d'impotència, i poden dificultar la socialització i la integració al grup i conduir a l'aïllament social. La Celia recorda que quan anava a l'institut:

"No sé si te has dado cuenta de que todas las clases están formadas por los mismos, el típico gracioso, los empollones... yo era del grupo de los discriminados." Va arribar un moment en què: "te aíslas del grupo, intentas combatirlo como puedes, con indiferencia... demuestras que no te importa,

intentas pasarlo como puedes, y te aíslas del todo... te das cuenta que llega un momento que estás solo.” (Cèlia, 28 anys)

Tots aquestes experiències reflecteixen situacions freqüents que, com he comentat abans, es donen principalment en els espais públics. Però més enllà d'aquests espais públics, també en entorns més propers, com en el grup domèstic, existeixen diferents graus o formes de pressió en relació a la grassor, que poden respondre a raons de salut i, també, a motivacions estètiques. Si bé la forma d'enfocar la situació per part dels més propers a vegades pot agreujar l'estigmatització, la seva insistència en reconduir-la pot estar en certa manera justificada si es té en compte, d'una banda, la relació que actualment s'estableix entre grassor i malaltia i, d'una altra, la importància que es concedeix a l'aspecte corporal i la repercussió que aquest pot tenir en la trajectòria personal i social dels individus. En un context on multitud de fenòmens i pràctiques es situen al voltant del cos, el model hegemònic de cos prim i esvelt es percebut com a signe de salut i benestar, tant físic como psicològic, i com a condició primordial per assolir les expectatives de reconeixement i èxit social. Julia Ledo (2013), en el seu estudi sobre trastorns del comportament alimentari, destaca que en els relats del seus informants apareixen amb freqüència comentaris que són percebuts com a expectatives familiars centrades en l'èxit social, i que són interpretades com una exigència que no sempre pot ser assumida. Alguns informants ens han explicat que la família insisteix en el tema del pes i reconeixen que ho fan perquè es preocupen per ells, cosa que no evita que, en ocasions, se sentin molestos o farts de la seva insistència.

“Els meus pares han fet un munt de coses perquè m'aprimi... ells si que volen que m'aprimi, però no només per fora [es refereix a l'aspecte físic], sinó perquè en un futur, perquè d'aquí a uns anys no tingui colesterol.... Els meus avis i una tieta que tinc més relació sempre: -No mengis més!- Sempre així. A vegades m'he enfadat perquè penso: -Deixeu-me ja!- Però jo sé que ells ho fan perquè realment volen que m'aprimi, perquè a la llarga....” Més endavant afegeix: “Quan anem de botigues i de tota la roba jo no m'hi puc comprar res, llavors: -Mira veus, si pensessis a l'hora de menjar, doncs ara podries comprar-te això-.... Al final li vaig dir a la meva mare que estava obsessionada en que jo m'aprimés

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

perquè hi va haver un moment que jo... molt... uf!!! Cansada ja de....”(Mònica, 18 anys)

“Constantment et volen reconduir, et volen corregir, et volen transformar. Clar, el que ells haguessin volgut i el que realment és... per molt que siguis la seva filla i t'estimin molt i tal, te n'adones que el que ells haguessin volgut és una Barbie, una princeseta, una nina.... Doncs això és un handicap.” (Yvonne, 33 anys)

“Mis hermanas siempre están...ya lo sé que igual, que me lo dicen perquè me quieren, pero igual me hace daño... Hablan como haciéndome sentir culpable de cómo estoy: -¡Cómo te has podido dejar tanto! ¿Estarás a régimen, no?- Y eso duele.... Se creen que saben lo suficiente y en realidad no saben nada, ni del daño que me hacen. Se creen con derecho a juzgarme....” (Carla, 35 anys)

Podem dir que els familiars han incorporat la importància de tenir un cos socialment acceptable i l'estigma que pot suposar l'obesitat. Observem, també, una certa culpabilització de la persona grassa, en alguns casos força evident, i veiem novament com els “normals” li demanen o exigeixen que es responsabilitzi, que tingui voluntat per controlar-se, per renunciar a allò que ells consideren “evitable”. El cas de la Laura exemplifica la pressió que a vegades pot ocasionar la insistència familiar, i que pot donar lloc a processos llargs i feixucs de patiment emocional:

“La meva mare era una persona que donava molta importància a l'aspecte físic. A mi m'ho ha fet passar canuto, ella diu que no però jo sí, m'ho ha fet passar molt malament. Ella tenia més complex de que jo estigués gorda que no jo! ... al final em penso que tots els passos que he fet ha sigut per ella, perquè era una cosa que.... Quan ella em mirava: -Hòstia! M'he engreixat!- Ja no calia ni la balança... Uf! M'he engreixat, ho tinc claríssim, ma mare me mira! Era així sempre... això ho sentia tots els dies, tots els dies, tots els dies, tot els dies... i arriba un moment que... t'acaba matxacant.” (Laura, 34 anys)

De tota manera, altres informants no s'han sentit pressionats a nivell familiar. Vull destacar que majoritàriament han estat les dones les que s'han sentit més empeses

per la família a modificar el seu pes corporal; només un home ha manifestat aquesta pressió:

"Presión de mi padre toda la vida, sí, sí, mi padre siempre." (José, 27 anys)

Aquesta major insistència en el cas de les dones, i en molts casos per part de les mares, encara que també de les tietes o germanes, porta a reprendre la qüestió del gènere. Com explica Gracia (1996 i 2002), les dones, en part per disposició fisiològica, en part disposició cultural, són qui alimenten a les persones durant els primers mesos de vida i qui, per extensió d'aquesta funció nutridora, han estat reconegudes com a mantenidores dels membres del grup domèstic, és a dir, com a aquelles que cuiden, alimenten, vetllen per la seva salut física i mental, i tenen cura de la criança i socialització dels fills. Gracia (2002) assenyala que els continguts culturals que s'associen i es deriven d'aquesta funció nutridora-servidora són múltiples, i destaca, seguint a Silvia Carrasco (1992), com les dones esdevenen receptores naturals de responsabilitats preventives, terapèutiques i assistencials dins el grup domèstic. Sovint són elles qui estableixen les pautes d'alimentació i, també, qui assumeixen el control de les dietes en cas de prescripció facultativa. D'altra banda, també les dones es preocupen més pel tema del pes perquè són dones i és sobre elles que s'exerceix una major pressió social en aquest sentit. Alguns informants han comentat que la mare també té o ha tingut excés de pes o que, independentment del seu pes, fa dieta per controlar la figura corporal. La Cèlia explica que la seva mare és obesa y:

"Mi madre, siempre.. y dieta, y la comida, y tener cuidado, para que no cogiera peso ... ¡Qué pesadilla!"(Cèlia, 28 anys)

En el cas de l'Arnau, la seva mare no presenta sobrepès però:

"...siempre es procura cuidar, perquè la meva mare sempre diu que ella i jo som de... de per molt que facis, a la mínima que et passis un dia ja ho recuperes."
(Arnau, 21 anys)

Però, com hem vist, no sempre és la mare, a vegades el pare, les germanes, els avis o la tieta també insisteixen en la necessitat de perdre pes.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Les discriminacions lligades a la grassor també tenen conseqüències en l'esfera laboral. Algunes revisions sobre el tema assenyalen les actituds negatives envers les persones grasses en aquest àmbit, situació que s'accentua novament en els cas de les dones sotmeses a una exigència més alta respecte a l'estètica corporal, i que comporta que aquestes siguin menys acceptades i promocionades³⁷ si són obeses (Sobal i Stunkard, 1989; Franco Sassi, 2010). Wolf (1991) parla del Requisit de Bellesa Professional com a condició per a la contractació de les dones i el seu ulterior ascens. Diferents persones, sobretot dones, han declarat haver estat víctimes de discriminació a l'hora d'accedir a un lloc de treball a causa del seu pes corporal.

“Es más importante que estés delgado y seas guapo que el que seas muy inteligente, por supuesto, lo tengo clarísimo, clarísimo.” (Mireia, 26 anys)

La grassor pot minvar o anul·lar els mèrits acadèmics, professionals o personals. La Yvonne, per exemple, afirma que a pesar de tenir una bona formació acadèmica el seu sobrepès ha influït molt en el decurs de la seva vida professional:

“La discriminació principal que he viscut és en el trajecte laboral... és el que m'ha marcat més a la pràctica. Jo tinc la carrera d'història, però... el fet que no siguis dins uns canons estètics fa que en molts llocs se't tanquin les portes... sembla que hakis d'estar sempre al final de la cua. Ens moltes entrevistes de feina el físic ha fet que no pogués finalitzar un procés amb èxit, no per un tema de preparació, ni de capacitat, sinó per un tema visual, ho tinc molt clar.” (Yvonne, 33 anys)

En el cas de la Irene, l'obesitat ha suposat un entrebanc per al seu ascens professional:

“Jo vaig estar treballant quatre anys en un supermercat, com a caixera, vaig agafar molta amistat amb la segona jefa i amb el jefe, vam encaixar molt bé. Al final vaig acabar fent d'ajudant a la segona jefa i el jefe sempre em deia: -És que si estiguessis més prima et podries quedar aquí com a segona jefa també. Si t'aprimessis, ja saps que ells volen noietes amb una imatge...”. (Irene, 35 anys)

³⁷ S'entén *promoció* com el pas d'un estatus socioeconòmic i de prestigi a un altre reconegut socialment com a superior (Esteban, 2004).

Cal assenyalar que a vegades la discriminació queda arrelada i naturalitzada dins els propis subjectes, que accepten com a normal que les persones primes tinguin més possibilitats laborals. Han incorporat la norma i, per tant, la seva suposada inferioritat a l'hora d'accedir a un lloc de treball.

"... por teléfono casi me han asegurado que el puesto era mio... y luego llegar a la entrevista y decirme que no cumplo el perfil." Afegeix més endavant: "Una persona con 160 kilos es un montón de problemas... a ver, nos guste o nos guste. En un cuarto de hora o veinte minutos que dura una entrevista es lo primero que ves, el físico, y por mucho que tengas unos datos académicos ahí, ante una persona de 70 kilos o una pesona de 160, cuando el currículum es parecido ¿Con quién te vas a quedar? Con la de 70, está claro." (Cèlia, 28 anys)

"Por supuesto, yo lo haría también. Claro." (José, 27 anys)

D'altra banda, perdre pes es viscut com una pràctica que permet millorar les expectatives laborals:

"Mai en la vida a aquell senyor se li hauria acudit quan estava grassa dir-me: Vols treballar a la meva botiga? I ara l'altre dia m'ho va dir i li vaig dir: -Per què no m'ho deia cinc o sis anys abans?- Doncs no!!! Ja estic bé on estic!" (Laura, 34 anys)

Veiem com l'aparença del cos suposa un element important en la interacció social i un mitjà per accedir al medi laboral. Així doncs, la posició social de les persones grasses podria estar determinada, en part, per l'estigma. El sobrepès o l'obesitat podrien afectar la seva mobilitat social, tant la intrageneracional com la intergeneracional³⁸. Poulain (2001 i 2009) i Tibere (2007) es pregunten fins a quin punt la posició socioeconòmica determina una major o menor obesitat, o si aquesta posició ve condicionada pel fet d'estar gras. El primer punt de vista s'interessa per la influència que té la posició social en les pràctiques alimentàries i l'activitat física, el segon es

³⁸ Aquesta noció de mobilitat social es refereix al desplaçament d'un individu dins l'estructura social i pot ser ascendent, descendent o equivalent; intrageneracional faria referència a la comparació de la posició d'un mateix individu en dos moments diferents de la seva vida, intergeneracional si es posa en relació la posició del fill respecte de la dels pares (Poulain, 2001, 2002 i 2009; Tibere, 2007).

centra en la consideració social dels obesos i el seu impacte en les trajectòries socials. Si bé no figura entre els objectius d'aquest treball analitzar els efectes de la grassor sobre la mobilitat social, sí interessa conèixer com l'estigma moral que acompanya la grassor, comú a rics i a pobres, empeny les persones a buscar solucions mèdiques o cosmètiques que els permetin assolir un cos socialment acceptable i, fins a quin punt, els recursos econòmics possibiliten accedir a determinats tractaments (cf.: 4.3 i 4.4). En aquest punt, és interessant fer referència a la noció de *precarització* introduïda per Serge Paugam (1993). Aquesta noció reflecteix una idea dinàmica sobre allò que, relacionat amb la precarietat, es concep com un procés. La precarització remet a situacions de fragilització social i és un continuïum entre la integració i l'exclusió. No cal estar en la pobresa extrema per viure'n l'experiència. La precarització no fa referència només a un indicador monetari, sinó també a canvis produïts en la vida quotidiana que porten a experimentar una disminució en la capacitat de consum, a transformacions en els comportaments alimentaris, a tenir menys temps per dedicar a un mateix (Montserrat García i Lina Casadó, 2014). Paugam subratlla la importància dels fenòmens d'estigmatització en el procés de precarització. Així doncs, en les persones grasses l'estigmatització produïda pel fet de tenir un pes "anormal" es sumaria a la precarització que sovint l'acompanya. Segons Poulain i Tibère, aquells individus amb major risc d'esdevenir obesos són aquells la situació social dels quals tendeix a degradar-se. Així, la inestabilitat i la fragilització socioeconòmica semblen constituir un terreny propici per a l'augment de pes i l'obesitat (Paugam, 1993; Poulain, 2001, 2002 i 2009; Poulain i Tibère, 2008; Gracia *et al.*, 2012). Per tant, podem dir que la precarització podria afavorir l'augment de pes i, també, dificultar l'accés a determinats tractaments mèdics o cosmètics o la dedicació al propi cos. En aquest context, el cos pot esdevenir un "cos precaritzat", desvaloritzat, amb poques expectatives d'èxit social.

D'altra banda, diversos autors han assenyalat les dificultats lligades a les relacions afectives i de parella que poden tenir les persones amb sobrepès o obesitat, principalment en el cas de les dones. Respecte al mercat matrimonial, assenyalen que les dones primes es casen més i "millor" que les grasses (François de Singly, 1984; Sobal i Stunkard, 1989; Sobal, 1995; Poulain, 2001 i 2009; Saint Pol, 2010; Sassi, 2010).

Algunes de les persones entrevistades expliquen que no han tingut dificultat per trobar amics o parella, tanmateix la majoria estan d'acord en considerar que l'excés de pes suposa un handicap en aquest sentit, ho perceben com quelcom limitant a l'hora de relacionar-se i, a vegades, se senten invisibles.

"Jo tinc una amiga que és molt guapa, i a més està prima... està molt bé, i a vegades anem amb algú que no coneixem tant i a ella l'agreguen al messenger i a mi no, i clar...." (Mònica, 18 anys)

"En el meu cas no m'ha passat, però la gent és molt reàcia a fer amistat o a tenir relacions amb una persona grassa." (Mercè, 23 anys)

"Jo parella estable no n'he tingut mai, saps? Jo trob que costa més trobar... se fixaran més en una altra que estigui magre. Jo... enrotllar-me amb algú, m'ha passat dos pics, saps? ... i tinc 26 anys!!!" (Catalina, 26 anys)

La Cèlia explica que en aprimar-se ha deixat de ser invisible i poc atractiva per entrar de ple dret en el "mercat":

"Antes yo no suponía ningún peligro" Explica que les amigues: *"-Ves con mi marido a elegirme algo de ropa interior-, o - Ves con mi novio para hacerme un regalo.- Ahora no se les ocurriría en la vida... ahora ya soy un peligro."* (Cèlia, 28 anys)

Tornant al sistema de gènere, com hem vist, en general són elles les que ens han manifestat més preocupació, les que han parlat més de les seves dificultats a l'hora de comprar roba, de trobar parella, d'accedir a un lloc de treball, les que s'han sentit més pressionades per la família o les amigues. Si bé la pressió social sobre el cos s'exerceix sobre homes i dones, uns i altres estan influïts de diferents manera respecte del seu cos i la seva aparença, cosa que s'ha relacionat amb la definició social de feminitat i masculinitat, on cos, bellesa, natura, emoció o entrega continuen estant més associades a feminitat, mentre que raó, força o poder ho fan amb masculinitat, d'acord amb l'ideal masculí que simbolitza el paper de l'home a la societat i defineix la seva posició dominant (Marc E. Mishkind *et al.*, 1986; José A. Díaz Rojo, Ricard Morant,

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Debra Westall, 2006; García, M., 2013). Esteban (2004) explica que en general s'insisteix en què els homes són educats preferentment en l'exhibició i instrumentalització del seu cos per a la força i el treball, mentre que els objectius principals d'aprenentatge corporal de les dones són la reproducció i la seducció. Aquesta diferent instrumentalització fa que el cos de les dones estigui més sotmès a la mirada constant de la societat, mentre que el cos de l'home, en la mesura en què no necessita ser expressió, sinó instrument, no pateix en la mateixa mesura que la dona l'efecte de les normes de bellesa corporal. També Ruth H. Striegel-Moore i Debra L. Franko (2002) assenyalen que els cossos femenins són més sovint observats de manera avaladora que els masculins. Consideren que, gradualment, les dones internalitzen aquesta mirada i s'involucren en un comportament d'automillora destinat a aconseguir els estàndards culturals de bellesa. Opinen que els cossos dels homes s'avaluen més aviat en termes de funcionalitat que d'estètica. Així, malgrat que els conflictes amb la pròpia imatge no són un tema exclusiu de les dones, sembla que aquestes tenen una major consciència del seu aspecte corporal, estan més sotmeses als imperatius de l'estètica i es senten més afectades que els homes si no assoleixen el cos que dicta la societat. Una majoria de persones entrevistades, tant dones com homes, creuen que són les dones qui pateixen de manera més accentuada la seva grassor i opinen que els estàndards de bellesa i primesa són especialment rígids per a elles.

"Els nois li donen importància al cos, però no tant com les noies. Els nois grassos no són tan rebutjats com les noies, ja que el prototip de noi guapo no és tan marcat com el de les noies.... està molt clar com ha de ser una noia guapa."
(Mercè, 23 anys)

"Yo creo que las mujeres le dan mucha importancia, más que los hombres... siempre." (Juan, 46 anys)

"Sobre todo la mujer, sí, es mucho más facil que una mujer delgada, con una figura socialmente dentro de los cánones de belleza, pues que encaje." (Xavier, 27 anys)

"Jo penso que és més les noies... tinc amics que estan grassonets... i passen de tot." (Ariadna, 21 anys)

En canvi, una majoria d'homes han mostrat conformitat o han relativitzat la seva grassor:

"A veces sí que dices: -¡Venga va, un par de kilos aunque sea ahora pa verano!- Pero tampoco es... es que es eso, si uno se ve bien, no importa." (Julio, 18 anys)

"Estoy conforme, perfectamente. Te repito que tampoco doy mucha importancia, tal vez reducir un poco el perímetro de mi cintura." (Xavier, 27 anys)

"Jo no sento vergonya del meu cos, ni tampoc disconformitat, ni n'he sentit mai. Al engreixar-me em sento bé, no tinc cap problema..." (Pau, 32 anys)

Només alguns homes, pocs, con en el cas d'en Juan, han declarat sentir-se malament amb el seu cos:

"Siempre he sido muy alegre de carácter y no me ha importado mucho, pero últimamente... satisfecho de mi mismo no me siento... tener kilos de más es un problema." (Juan, 46 anys)

També la Laura explica que:

"El meu marit era gras i ara, quan jo em vaig operar [cirurgia bariàtrica], ell va començar una dieta... ara està prim, ell també es veia que no estava a gust amb ell mateix... i s'ha aprimat. Ara està content, al menys està content! Jo li dic: -Pateixes?- I diu: -No, no,estic content!-" (Laura, 34 anys)

Ella mateixa, que sovint atén homes a la seva perruqueria, creu que ells també són presumits i es preocupen pel seu aspecte físic:

"Claro, claro, claro! Mira, para muestra un botón! Aquesta tarda ha vingut un noi i m'ha agafat la mà i diu [baixa el to de veu imitant al noi]: -Em pots dir què has fet?- Dic: -Uy! Un miracle!- Diu: -És que donaria el que fos perquè em diguessis què has fet.- I mira li vaig explicar. Està molt grasset el noi, està majo!" (Laura, 34 anys)

D'acord amb Esteban (2004), homes i dones són cos, són raó i són emoció, però probablement no tots ho expressen o ho experimenten de la mateixa manera. Si bé els homes incorporen les diferents vivències, possiblement, ho fan de forma menys evident o menys explícita que les dones, cosa que no significa que no siguin importants per a ells (Esteban, 2004; Rosalind Gill, Karen Henwood i Carl McLean, 2005). Ledo (2013) argumenta que en les dones la corporalitat es fa més reflexiva i pot esdevenir un poderós referent per a la resta de les seves vivències. Considera que "es posible que para muchas mujeres (y también para algunos hombres, puesto que no existe una forma única de masculinidad) los problemas, las emociones, el sentido del logro se vivan a través de una reflexión sobre el propio cuerpo que la mayoría de las veces se hace consciente por primera vez en la adolescencia" (2013: 186). Les dones, com apunta Ledo, probablement viuen la seva corporalitat de manera més reflexiva, viuen pitjor els problemes relacionats amb la figura i el pes corporals i, també, ho verbalitzen més. Tanmateix, com apunta l'autora, no existeix una forma única de masculinitat, però, al meu parer, tampoc una forma única de feminitat.

En el moment present les relacions entre cos, imatge corporal i gènere formen part d'un àmbit complex, probablement d'un nou ordre social, on s'entrecreuen elements vells i altres de nova aparició (Esteban, 2004). Els cossos mediàtics han estat durant molt de temps cossos femenins i, malgrat que els homes han començat a fer acte de presència en aquests espais anteriorment reservats a les dones, ho han fet envoltats d'un halo de força i potència, cosa que contribueix a perpetuar les diferències i desigualtats entre uns i altres (Bordo, 1993)³⁹. Casadó (2011), en el seu estudi sobre discursos del cos i experiència del patiment, destaca que els nois no posen especial èmfasi en *estar* o *no estar* grassos, sinó que valoren en major mesura el fet de ser forts. També Esteban (2000 i 2004), que analitza els models masculins i femenins en la passarel·la i la publicitat, explica que en el cas dels homes l'ideal en relació a la imatge del cos va més orientat a obtenir un cos "ben definit", és a dir amb una musculatura corporal pronunciada, treballat bàsicament mitjançant l'exercici físic.

³⁹ Comas fa la distinció entre desigualtat i diferència en relació al gènere. Parla de la noció de diferència com a creadora de desigualtat. La diferència es transforma en desigualtat perquè el sistema social és jerarquitzat i la desigualtat és part constitutiva d'ell (Comas, 1995: 43).

"... tener aspecto fuerte ayuda bastante. Mira, hace poco vino un amigo que... se quitó la camiseta.. ¡Impresionante, me dió una envidia! Tenía un biceps..., delgado, la barriga metida para adentro, que no sé como lo hacen, en algunas películas se ve gente así, y luego unos brazos como fibrados al máximo, duro... como un jugador de la NBA o así.... Haciendo mucho ejercicio, se consigue trabajando mucho.... Ese es mi ideal." (José, 27 anys)

Es cert que en els països industrialitzats ha augmentat progressivament l'exigència estètica per als homes i que, en l'actualitat, aquesta pot ser cultivada i reivindicada no sols per les dones, sinó també per ells com es veu, per exemple, en la figura del *metrosexual*, i en l'augment de productes cosmètics destinats als homes. Tanmateix, segueix existint una diferència substancial: mentre esforçar-se per tots els medis en aconseguir l'atractiu físic reforça la feminitat de la dona, no es considera que fer el mateix reforci sempre la masculinitat de l'home, en alguns casos, fins i tot, pot posar-la en entredit. Cal recordar, però, que la grassor no es benvinguda ni en dones ni en homes, s'oposa a l'ideal estètic i a l'ideal de salut, i pot suposar també per a l'home una dificultat per a l'acceptació social en considerar que es fruit de la seva deixadesa o manca d'autocontrol.

En relació a la edat, la majoria de persones entrevistades consideren que la desvalorització social i la discriminació afecten més a determinades edats; quasi tots estan d'acord que l'etapa de la vida on es dóna més importància a l'aspecte del cos és la joventut, i especialment entre els adolescents. Casadó (2011) explica que el disciplinament del cos i l'autoexigència corporal apareix de manera recurrent en els itineraris dels joves, i destaca la latent insatisfacció d'aquests en relació a la percepció del cos. Assenyala que en els seus relats l'aspecte que es percep com a més desvaloritzant és el sobrepès, si bé aquest a vegades és més percebut que real; tampoc l'excessiva primesa es percebuda com quelcom positiu. Altres autors han indicat, també, una major sensibilitat dels més joves a les avaluacions negatives respecte del cos (Tibère, 2007; Saint Pol, 2010; Gracia *et al.* 2012). Alguns dels nostres informants, com la Irene o la Cèlia, no hi estan totalment d'acord:

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

"Totes les edats són dolentes, l'obesitat a totes les edats és dolenta, totes. Ara jo tinc trenta-cinc anys i fa quasi vints anys que estic doble, gorda! És dur, molt dur, a mi m'és igual que tinguis trenta com quaranta, com cinquanta, si estàs gorda, estàs gorda." (Irene, 35 anys)

"Es algo que nunca llegas a superar... yo muchas veces me miro al espejo y me veo así y me cuesta muchísimo." (Cèlia, 28 anys)

Cal dir, també, que no totes les persones grasses estan preocupades en la mateixa mesura pel pes i les formes corporals. Algunes, una minoria, han dit que malgrat la seva grassor no estan acomplexades, se senten a gust amb el seu cos i mai s'han sentit discriminades.

"Jo estic grassa i sóc feliç." (Ariadna, 21 anys)

"No he sentit mai vergonya del cos. Vaig a la platja amb biquini i m'és igual el que pensen els demás." (Mercè, 23 anys)

"Yo me miro y me veo preciosa, o sea, es decir, y me encanta, me encanta la gente gordita, no me gusta para nada la gente delgada, al revés pienso que es algo antiestético, yo me veo bien." (Mireia, 26 anys)

Moltes persones, a pesar d'haver estat discriminades, han lluitat per no sentir-se malament amb el seu cos, per no autodesprejar-se, cosa que no significa que sempre ho hagin aconseguit.

"He lluitat molt per no sentir-me així, perquè jo he fet un procés de lluita amb mi mateixa. A nivell psíquic i emocional potser sí que m'he sentit així alguna vegada... és la convivència, és el dia a dia que t'acaba conduint a un estat psíquic... però jo he lluitat molt... fins i to, clar, et tornes més individualista, més... no sé, sí egocèntric... vas més a la teva, clar." Tanmateix afegeix: "S'ha d'acceptar un mateix... però, clar, depèn una miqueta de cadascú... perquè si portes el handicap, la pressió familiar, social i tota la qüestió... és complicat viure així." (Yvonne, 33 anys)

La Carla, que pateix una obesitat mòrbida, explica que fins fa poc:

"... me consideraba un gusano rastrero, asqueroso, te lo prometo. Me está costando, la autoestima aún no la tengo muy firme..." Però diu que ara: *"No tengo complejo ninguno, porque si tuviera complejo no saldría ni a la puerta de la calle. Bastante tengo ya con mi problema de por sí, que si encima... encerrarme, estaría metida en una prisión dentro de otra prisión, la física y la ... y eso si que no. Con una ya tengo suficiente."* (Carla, 35 anys)

En aquest últim relat s'observa la incorporació de l'etiqueta negativa i l'intent de superació, malgrat que continua considerant el seu cos com una "presó".

La pitjor conseqüència del rebuig a la grassor és que la persona interioritzi la culpa, derivada del sentiment d'haver actuat malament (Giddens, 1995), i consideri legítimes les avaluacions negatives de què és objecte. Llavors, no és estrany que alguns (o molts) obesos se sentin incapaços d'acceptar el propi cos. Han incorporat l'estigma, assumint que la grassor és lletja i que ells són incapaços de controlar-se i seguir les normes. Tibère opina que el subjecte estigmatitzat entra dins un procés d'autodesvaloració progressiva que consta de tres nivells: "allò que sóc no m'agrada, no m'estimo a mi mateix", "no sóc com els altres" i "els altres tenen raó" sobreentenent que "no serveixo per a res, sóc un fracassat"⁴⁰ (Tibère, 2007: 176). Alguns testimonis, no tots, han manifestat aquest sentiment de culpa o de menyspreu cap a si mateix:

"Creo que depende de uno mismo dejar de estar gordo, en un 100%, soy yo quien tiene que hacer las cosas... a la sociedad se le echa mucho la culpa, pero tienes un abanico de posibilidades que si quieres las coges y sino... no se puede echar la culpa a la sociedad, la culpa es de uno mismo, no se puede echar la culpa a los demás...." (Juan, 46 anys)

"Pensar que els altres són millors que jo perquè estan prims? Sí." (Mònica, 18 anys)

⁴⁰ La traducció és de l'autora.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

"Et vas deixant, vas engreixant... sí, és culpa nostra, és culpa nostra, clar que sí! No mengis!" En relació al seu cos diu: *"Tu mateixa sents que no ets normal, si et mires al mirall veus allò deforme. Ets tu mateixa, la societat també, però tu mateixa també, eh? Tu mateixa també et rebutges a tu mateixa."* (Irene, 35 anys)

La Laura diu que quan es torna a engreixar sent:

"Ràbia, molta ràbia... culpa, impotència, ràbia amb tu mateixa, és una cosa... i vergonya una altra vegada!" (Laura, 34 anys)

Sens dubte, l'actual exigència de primesa ha fet més patent la grassor, més visible la diversitat de formes o contorns "defectuosos", augmentant els prejudicis i dificultant l'afrontament del fracàs. El cos que difereix de la norma esdevé traïdor de les regles socials i de l'ordre moral. Simultàniament, aprimar-se s'imposa com a estratègia adaptativa. Llavors, en una societat com la nostra on la transformació es valora i s'exhibeix, un cos gras suggereix una notòria incapacitat per canviar. La persona amb excés de pes no és simplement grassa, és a més una identitat fracassada. Com apunta Allué (2003: 146): "El *handicap* físico, la deformidad, la diferencia notable, perturba la armonía de un mundo en el que los defectos se corrigen y la fealdad y la poca destreza se camuflan."

Paradoxalment, en una societat individualista com la nostra, on el cos esdevé expressió de la identitat personal, com diu Ortega (2010: 210): "O somos idénticos, o nos denunciamos."

SEGONA PART:

COS I SALUT. LA MEDICALITZACIÓ DE L'OBESITAT

La medicalització de la societat no és un fet nou, si bé la gran quantitat de problemes i condicions de vida que han estat identificats com a síndromes o malalties en les tres últimes dècades ha suscitat un renovat interès per aquesta qüestió. En aquesta segona part del text, i després d'una breu exposició sobre l'actual procés de medicalització, vull mostrar com una entitat amb un clar component sociocultural, l'obesitat, s'ha transformat en un problema exclusivament mèdic sobre el que s'intervé bàsicament des d'una òptica biològica i individualista, ignorant o minimitzant la naturalesa social del comportament humà i establint criteris de conducta i normalitat i, també, d'avaluació moral. D'una banda, analitzo l'evolució, estat actual i variabilitat dels percentatges sobre prevalença de sobrepès i obesitat recollits en diversos estudis realitzats a nivell internacional i, especialment, a Espanya i a Catalunya. La diversitat de fonts, metodologies i xifres existents em porten a plantejar interrogants en relació a les generalitzacions fetes sobre la magnitud del problema i la seva homogeneïtat en la literatura biomèdica. M'interessa, també, assenyalar quins són els criteris utilitzats en l'actualitat per definir l'excés de pes i classificar-lo amb l'objectiu d'evidenciar el caràcter imperfecte dels indicadors numèrics en la predicció del risc i relativitzar la idea de "normalitat". A continuació, i des de dues mirades diferents, la dels professionals de la salut i la de persones diagnosticades de sobrepès o obesitat, mostro i analitzo la seva visió i experiències en relació a la definició o no de l'obesitat com a malaltia, a les causes que s'associen a l'augment del pes corporal, a les diferents estratègies o opcions terapèutiques i preventives ideades per fer front o prevenir l'excés de pes corporal i als seus resultats. La inclusió d'aquestes dues perspectives resulta pertinent per presentar les tensions, contradiccions o punts en comú dels actors, per fer palès el model de comunicació vertical que predomina en la relació professional-pacient i la consegüent dificultat de diàleg existent entre aquestes dues lògiques narratives, cosa que porta a plantejar la necessitat d'una relació dialògica que

doni lloc a una vertadera acció comunicativa que permeti la comprensió entre els actors en interacció, i en la qual el pacient esdevé un agent participatiu del procés a qui es concedeix la possibilitat d'expressar, de consensuar i, també, de dissentir.

3. Medicalització de la vida.

“En els països desenvolupats l'obsessió per una salut perfecta ha esdevingut el factor patògen predominant [...]. Com més gran és l'oferta de salut, més les persones responen que tenen problemes, necessitats, malalties. S'exigeix que el progrés posi fi als patiments del cos, mantingui el màxim temps possible la frescor de la joventut i prolongui la vida fins a l'infinít.”⁴¹

(Ivan Illich, 1999)

Vivim en un context en què el progrés biomèdic ha comportat un canvi de paradigma en relació a allò que entenem com a malaltia o com a procés susceptible d'atenció sanitària. La biomedicina⁴², definida per Menéndez com a Model Mèdic Hegemònic (MMH)⁴³, ha configurat al llarg de dècades allò que denominem com a *procés de medicalització*, en tant que legitimació del poder biomèdic i de les seves directrius en relació als processos de salut-malaltia-atenció. En aquest procés de medicalització episodis vitals que formen part de comportaments de la vida quotidiana de les persones passen a ser explicats i tractats com a malalties (Menéndez, 2003 i 2005a).

⁴¹ La traducció és de l'autora.

⁴² La biomedicina “designa el sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas” (Comelles i Martínez, 1993: 85).

⁴³ Menéndez introdueix la noció de model mèdic hegemònic per definir la relació de dominació/subalternitat que exerceix la biomedicina respecte d'altres sistemes mèdics. Explica que les principals característiques del MMH són biològisme, individualisme, ahistoricitat, asocialbilitat, mercantilisme i eficàcia pragmàtica, i si bé aquests trets poden observar-se en la medicina practicada abans del segle XIX, posteriorment s'aprofundeixen i potencien fins esdevenir les característiques dominants de la biomedicina (Menéndez, 2003 i 2005a).

No es tracta només de fer front a problemes socials des d'una perspectiva sanitària, sinó de tractar per separat problemes que sovint estan interrelacionats (Josep A. Rodríguez i Jesús M. de Miguel, 1990). La biomedicina planteja la comprensió de la salut i la malaltia com a resultat de causes exclusivament biològiques, centralitzant en la persona la causa i el tractament del seu "malestar" i menyspreant les variables culturals i contextuals que determinen la vida i la salut de les persones, si bé en algun moment, com explica Àngel Martínez-Hernández, pot obrir la porta a les "contingències" del món social (2008: 49). En aquest context, problemes amb un clar component sociocultural, com és el cas de l'obesitat, es transformen en problemes exclusivament mèdics, sobre els quals s'intervé bàsicament des d'una òptica biològica i individualista.

La crítica de la medicalització està lligada al nom d'Ivan Illich i a la publicació del seu llibre *Némesis Médica* (1987 [1976]). L'autor comença afirmant que "La medicina institucionalizada ha llegado a ser una grave amenaza para la salud" (1987: 9), i assumeix que els metges són la clau d'aquesta medicalització. Si bé considero la seva crítica bastant radical i que algunes de les afirmacions que apareixen en el text són difícils de mantenir avui en dia, per exemple en relació a l'efectivitat de determinats tractaments⁴⁴, cal reconèixer la seva perspicàcia per discernir els perills lligats al culte a la salut. La seva visió manté prou validesa en relació a l'actual crítica al sistema biomèdic (increment de diagnòstics, excés de prescripcions farmacològiques, foment d'una societat malalta que anima els seus membres a esdevenir consumidors de medicina curativa, preventiva, industrial, o disminució de la capacitat de resposta de les persones front a l'adversitat). Cal destacar que Illich va escriure vint-i-cinc anys més tard que: "Els metges han perdut el governall de la *biocràcia*⁴⁵. Si hi ha algun metge entre *aquells que decideixen*, hi és per legitimar la pretensió del sistema industrial de millorar la salut"⁴⁶. Afegeix que avui en dia començaria la seva argumentació dient: "La recerca de la salut ha esdevingut el factor patogen predominant"⁴⁷, cosa que, segons

⁴⁴ Cita, per exemple, un estudi sobre el tractament de la diabetis mellitus publicat l'any 1970 on s'afirma que "no hay ventaja alguna en suministrar insulina en vez de prescribir una dieta". També afirma, per exemple, en relació al tractament del càncer de mama que "no se ha comprobado que esta tasa [de supervivència] difiera de la del cáncer no tratado..." (Illich 1987: 35-37).

⁴⁵ Biocràcia deriva del grec *bios* (vida) i *kratos* (poder, autoritat).

⁴⁶ La traducció és de l'autora.

⁴⁷ La traducció és de l'autora.

ell, l'obliga a fer front a una contraproductivitat⁴⁸ en la qual no havia pensat quan va escriure *Némesis mèdica*: el contrast entre la salut presumiblement objectiva i la salut subjectiva (Illich, 1999). D'una banda, les estadístiques indiquen una disminució de la morbimortalitat com a resultat de les prestacions sanitàries dirigides a preservar, conservar o restablir la salut. Es un fet demostrat l'augment de l'esperança de vida i la disminució de la mortalitat per causes evitables en el món occidental. D'altra banda, una forma medicalitzada de vida comporta més sensació de vulnerabilitat, de discomfort o angoixa front a la malaltia, i una recerca persistent, i a vegades obsessiva, de la salut perfecta, mentre en zones on els serveis sanitaris estan menys desenvolupats aquesta preocupació és menor (Illich, 1999; Petr Skrabanek, 1999; Amartya Sen, 2002; Camfic, 2006). Sembla, doncs, que la major disponibilitat de recursos sanitaris, la detecció precoç i la millora del pronòstic de molts processos patològics no han suposat, paradoxalment, un major gaudi de la salut aconseguida sinó que han portat al sorgiment d'una preocupació exagerada per la salut, a la necessitat de prevenir les moltes amenaces que semblen perseguir-nos i a una major demanda sanitària induïda per aquesta medicalització, augmentant, d'aquesta manera, la població susceptible de rebre algun tractament preventiu o curatiu. Si a això hi afegim la definició de salut que fa l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1946), segons la qual "La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, y no només l'absència d'afeccions o malalties", el resultat és que gran part de la població està o se sent malalta.

Però la preocupació pel cos i la salut que s'observa en la nostra societat contemporània respon no només a raons de salut, sinó que suposa un procés molt més complex. Avui en dia podem considerar que el procés de medicalització és en gran manera una estratègia economicopolítica en la qual intervenen diversos i complexos factors d'índole social, cultural, econòmica, política i sanitària. Intentar abordar aquesta problemàtica en les seves múltiples dimensions excedeix els propòsits d'aquest text, per la qual cosa, i a risc de simplificar excessivament, em limitaré a

⁴⁸ Illich defineix la contraproductivitat com un fenomen en què els resultats d'una institució o indústria contradiuen els seus propòsits. Segons ell, com més creixen les grans institucions de les nostres societats industrials, més esdevenen un obstacle per a les realitzacions que suposadament haurien de servir: la medicina redueix el nivell de salut (iatrogènesi), l'escola produeix ignorants, els mitjans de transport immobilitzen, etc. (Illich, 1987)

donar una visió general d'aquest fenomen, intentant relacionar-lo més endavant amb la problemàtica de l'obesitat.

Peter Conrad (2005 i 2007) assenyala els canvis que, al seu entendre, s'han produït en la medicalització de la societat en les tres últimes dècades i postula la necessitat de desplaçar la centralitat del rol del metge com a motor del procés de medicalització, com també ho havia fet anteriorment Illich (1999). Conrad destaca el paper dels consumidors i els interessos del mercat en aquest procés, on adquireixen especial poder les indústries farmacèutiques i de biotecnologia. Aquestes empreses, de capital, gestió i control totalment privats, ocupen una posició destacada mitjançant la producció de medicaments, la comercialització de noves tecnologies per al diagnòstic i el tractament, el finançament de grups de recerca, de congressos i jornades científiques o de revistes mèdiques, i les estratègies de màrqueting dirigides a promocionar i vendre els seus productes tant en l'àmbit dels col·lectius professionals (especialment metges), com directament al públic, contribuint de manera important a la definició de noves malalties o ampliant els límits d'altres ja existents, i expandint, alhora, el mercat per als nous productes. No hi ha dubte de l'impacte que tindrà, i que de fet ja està tenint, la investigació dels contribuents genètics a determinats problemes de salut. Actualment moltes proves genètiques etiqueten a persones amb un nivell de risc de patir certes malalties, sense que existeixi encara una avaluació adequada dels beneficis de possibles tractaments. Segons els experts, queda un llarg camí per recórrer que permeti passar de la investigació bàsica a les aplicacions comercials i recomanen ser prudents (Grupo de epidemiología genómica de la obesidad y enfermedades cardiovasculares, 2011; José M^a Ordovás, 2009 i 2012⁴⁹). Tanmateix, sembla que des de l'entorn empresarial s'han pres ja posicions per a una aplicació comercial, fomentat per un important mercat potencial i per la demanda dels consumidors (Petersen, 2005; Luis David Castiel i Javier Sanz, 2006; José Luis Fernández et al., 2009). Haurem d'esperar per saber com aquest creixent interès de la biomedicina per la base genètica de certes malalties, com és el cas de l'obesitat, pot influir en la forma de percebre el risc i la responsabilitat personal. Sense negar les

⁴⁹ Entrevista realitzada a J.M^a Ordovás: "En alimentación, estamos abandonando el sentido común", Magazine La Vanguardia, 22 de juliol de 2012, pp. 20-24.

aportacions que la investigació i el desenvolupament de nous fàrmacs i noves tecnologies han suposat i suposaran per a la salut i el benestar de moltes persones, cal preguntar-se en quina mesura contribueixen a la medicalització innecessària de la vida quotidiana.

En relació al paper actual de la professió mèdica en la medicalització, que Conrad i Illich consideren secundari, en la meua opinió la definició de malalties, així com l'ampliació dels límits de tractament, no podria materialitzar-se sense el concurs d'aquests professionals que, guiats per experts mèdics o units en societats científiques, i sovint de la mà d'empreses farmacèutiques, són qui finalment diagnosticaran i indicaran o no el nous avenços. Així, els professionals mèdics es constitueixen en agents fonamentals perquè el procés prosperi, però, alhora, esdevenen víctimes d'una societat que diposita en la medicina expectatives de solució d'un gran conjunt de preocupacions que sovint desborda aquest àmbit (Soledad Márquez i Ricard Meneu, 2003; Infac, 2005; Camfic, 2006).

D'altra banda, l'expansió acrítica de la medicina preventiva i la idea molt arrelada que el diagnòstic precoç resulta sempre beneficiós ha creat expectatives irrealistes i ha portat, d'una part, a la idea utòpica que tot es pot prevenir i, d'altra part, a tractar factors de risc com si fossin malalties, ampliant l'espectre de les situacions susceptibles d'intervenció i la dependència del sistema sanitari⁵⁰. Com comenta Skrabanek:

“Se debe persuadir a los sanos que *sentirse sano* no es lo mismo que *estar sano*, puesto que uno podría vivir la vida sin darse cuenta de lo enfermo que está. Una vez que uno está sano, pero asustado, los consumidores de salud comienzan a hacer colas a las puertas del sistema demandando su derecho a entrar.” (1999: 15)

Podem dir que aquesta expansió de la medicina preventiva està generant una societat cada cop més vulnerable i que busca assistència sanitària. Cada dia es necessiten més recursos per fer front a la demanda creixent de prestacions, cosa que ha portat a la

⁵⁰ El factor de risc suggereix allò que es pot evitar per a disminuir la probabilitat de patir una malaltia. Es considera que els factors de risc són una simple associació estadística entre una característica i una malaltia, però la seva presència ni és necessària ni és suficient per al desenvolupament de la malaltia. Aquest concepte és diferent del que predomina en l'imaginari col·lectiu de la població, que associa factor de risc a causa necessària i suficient per a emmalaltir (Gervás i Pérez, 2006; Starfield *et al.*, 2008).

sobrecàrrega i a la insostenibilitat del sistema. Com expliquen Gracia i Comelles (2007), aquest excés de cel en la prevenció ha fet que milers d'espanyols, per exemple, busquin tractament mèdic als problemes de pes, a pesar de no ser obesos o només presentar un lleuger sobrepès.

Malgrat que les pretensions de la prevenció són benèfiques, i no sembla que *a priori* es pugui negar allò de "més val prevenir que curar", van apareixen veus (també entre els professionals de la salut) que alerten dels possibles efectes adversos que, a vegades, aquestes activitats preventives poden tenir sobre la salut de les poblacions objecte d'aquestes intervencions. El fet de suposar que aquestes pràctiques són innòcues ha fet que s'investigui poc sobre l'impacte que les recomanacions preventives poden tenir, especialment a llarg termini. Alguns autors consideren que els professionals haurien d'adoptar l'enfocament de l'anomenada *prevenció quaternària*, que pretén que l'activitat sanitària no esdevingui un factor patògen quan, en nom de la prevenció o curació, s'inicien cadenes diagnòstiques o terapèutiques innecessàries o excessives, que poden acabar produint efectes indesitjables (Camfic, 2006; Juan Gervas i Mercedes Pérez, 2006; Márquez-Calderón, 2008; Andreu Segura, 2008; Bárbara Starfield *et al.*, 2008). Com assenyalen Rodríguez i de Miguel (1990), la pròpia prevenció està comercialitzada i és part del potent desenvolupament industrial del sector sanitari.

La indústria alimentària, per la seva part, està contribuint de manera significativa a la medicalització de la vida, utilitzant la vinculació existent entre salut i alimentació en les seves estratègies de desenvolupament i innovació, que es manifesta en una creixent oferta d'aliments "saludables" destinats a mantenir o promoure una salut òptima. És remarcable l'interès d'aquesta indústria pels aliments nutrigenòmics, preveient que aquest segment de mercat creixerà de forma exponencial en els propers anys (Louise Brown i Frans Van der Ouderaa, 2004). També el posicionament dels gestors de serveis sanitaris en relació a l'ús racional de medicaments i tecnologies sanitàries, a vegades més guiats per criteris econòmics que sanitaris, així com la sobreabundància de notícies relacionades amb la salut (cal destacar especialment la força de la informació que circula a través d'Internet), a vegades esbiaixades o de dubtosa qualitat, o subjectes a conflictes d'interessos i pressions de caràcter socioeconòmic, i que han

estat objecte d'una atenció insuficient en comparació a la rellevància de les expectatives i opinions que generen en la població, contribueixen poderosament a incrementar el procés de medicalització (Márquez i Meneu, 2003; Adrián Cannellotto i Erwin Luchtenberg, 2008).

Tot aquest procés té repercussions en les expectatives i demandes de la població respecte dels serveis sanitaris, adquirint, com apunta Conrad (2005 i 2007), un paper actiu en l'extensió d'aquest fenomen. Cal tenir en compte, com he comentat en el paràgraf anterior, que la informació rebuda per la població pot ser parcial o esbiaixada, cosa que determina que la seva capacitat de decisió estigui amb freqüència molt condicionada. La idea molt estesa que la ciència i la tecnologia no tenen límits condueix al rebuig de la malaltia o a la creença que per a cada procés existeix (o existirà) una prevenció i un tractament, generant demandes a vegades desmesurades o irrealistes quant a allò que la medicina és capaç de fer. Això porta a la població a la recerca de solucions mèdiques immediates, sovint front a malalties o símptomes lleus, o a la petició, per part del propi pacient, de tractaments i proves diagnòstiques o complementàries en creure que qualsevol prova és millor que la "simple" valoració mèdica, així com a l'ús desmesurat de medicaments de "venda lliure", fomentat en gran mesura per la indústria farmacèutica, aspectes tots ells que transformen a la població en consumidors de salut.

Sembla, doncs, que estem davant un sistema sanitari dominat per l'imperatiu tecnològic i la defensa d'interessos de grups de pressió professionals, industrials, socials o polítics. Aquests interessos s'han incorporat de manera acrítica i sense considerar les repercussions sanitàries i socials que poden tenir. Cal una reflexió sobre el fenomen de la medicalització de la vida i la mercantilització de la salut i la malaltia. Cal preguntar-nos si volem un món en què una gran part de la població porti l'etiqueta de risc de patir una malaltia en el futur, on gent sana es medica o se sotmet a altres tractaments per reduir aquest risc, on es tracta a "la persona amb un problema" però no s'intervé en l'ambient que pot propiciar l'aparició del problema, on es culpabilitza a aquells que "no es cuiden" o pateixen un problema de salut que, suposadament, podien haver previngut, on les diferències humanes es transformen en patologies, on la por a la malaltia forma part de la vida diària i on la salut esdevé normativa i exigible.

3.1. Salut, moral i control social

Parlar de medicalització és també parlar de control, poder, normalització i normativització. Diversos autors han fet referència a la medicina com a institució de control social. Entres ells, Irving Zola (1972 i 1981) argumenta que aquesta ha substituït les institucions, més tradicionals, de la religió i el dret, transformant-se en:

“la nueva depositaria de la verdad, en el lugar donde expertos a los que se supone objetivos y moralmente neutros pronuncian juicios absolutos y a menudo finales, juicios que ya no se hacen en nombre de la virtud o la legitimidad, sino en nombre de la salud.” (1981:37).

En la mateixa línia Rodríguez i de Miguel opinen que:

“El sector sanitario es seguramente la institución más importante de control social dentro de la sociedad contemporánea. Sustituye a otras formas de opresión que antes eran más obvias como la religión, el derecho y las cárceles. Termina definiendo lo que es vida saludable para todas las personas y obliga a los seres humanos a acatar esa definición.... El sector sanitario aparece como benefactor, pero es parte de una opresión política y social sutil que existe en la sociedad contemporánea.” (1990: 37)

Per la seva part Menéndez escriu:

“El Estado reconoce en el modelo médico hegemónico no sólo un sistema que opera técnicamente en forma eficaz, sino que cumple sobre todo funciones de control y legitimación.” (1984: 36)

Foucault analitza també la vinculació entre medicina i poder i afirma que:

“La medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad.... Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo.” (1990b: 106 i 108)⁵¹

⁵¹ L'any 1977 Foucault va publicar l'article: “La vie des hommes infâmes”, *Les Cahiers du Chemin*, 29: 12-29.

Com he comentat anteriorment (cf.: 1.1), aquest darrer autor estableix una clara connexió entre saber i poder, i opina que la medicina ha estat tradicionalment un lloc de poder associat al saber mèdic. Segons ell, aquell que té poder imposa el seu saber, un saber que legitima l'exercici del poder, amb la qual cosa el cercle es tanca i la necessitat mútua es retroalimenta. Aquest poder-saber de la medicina, basat principalment en la seva "cientificitat"⁵², l'autoritza a adoptar una postura normativa, a donar no sols consells de vida prudent, sinó també a administrar les relacions físiques i morals de l'individu i la societat, funcions que queden enfosquides pel llenguatge de la malaltia i en l'activitat central de la curació. Així doncs, el fenomen de la medicalització pot ser entès com a part d'una estratègia de *normalització* i *normativització* de la societat, formant part dels sistemes de control social (Gracia, 2010a).

Autors com Conrad (1982), Turner (1989) o Sontag (2005) estableixen un paral·lelisme entre el control dels cossos i el control social, entenent que tot l'imaginari patològic que en l'actualitat envolta la idea de malaltia serveix, en realitat, per expressar una preocupació per l'ordre social. Com havien plantejat Douglas (1988, 1991) i Sontag (2005), el cos esdevé una important font de metàfores sobre la organització/desorganització de la societat, reproduïx a petita escala els poders i els perills que s'atribueixen a l'estructura social. La malaltia, i especialment com apuntava Sontag si és d'origen multicausal o poc conegut, com podria ser el cas de l'obesitat, apareix com a símbol de desordre, de descontrol, representa tot allò que reprovem socialment, mentre que la salut física, per analogia, s'identifica amb salut social i suggereix adaptabilitat a l'ordre establert. El poder normatiu de la medicina que abasta la malaltia, i també la salut, s'exerceix eficaçment a través del control dels cossos, que han de ser domesticats conforme a necessitats d'ordre social i polític, responen així als interessos i necessitats de l'Estat (Foucault, 1990b). Podríem dir que la medicina constitueix l'enllaç entre la disciplina dels cossos individuals i la regulació de les poblacions. Segons Turner: "El cuerpo, por medio de la medicina y la dieta, se

⁵² Cal recordar el caràcter "sagrat" que té en la nostra societat el coneixement científic, acceptat per molts com a inqüestionable i superior a altres coneixements més intuïtius o populars.

convierte en blanco de procesos políticos, por los cuales nuestros cuerpos son regulados y administrados en aras del orden social.” (Turner, 1989: 15).

Una de les principals fonts de poder de la medicina resideix en el seu monopoli per dictaminar paràmetres de normalitat, és a dir, per definir, separar, classificar o etiquetar com a *normal* o *anormal*. El diccionari defineix l'adjectiu “normal” de la següent manera: “Que es general o mayoritario o que es u ocurre siempre o habitualmente. Dicho de una cosa que, por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano. Que sirve de norma o regla.”⁵³, “Que és conforme al tipus més freqüent. D'acord amb una norma establerta, que no se'n desvia. Que serveix de norma.”⁵⁴ D'aquestes definicions se'n desprèn que quelcom normal és allò que és habitual, ordinari (un home normal, un cos normal, un pes normal...), però també allò que és tal com ha de ser. Per tant, pressuposa l'existència de normes, és a dir, la definició del que s'entén com a normal a partir d'una decisió normativa. I és que les normes es proposen per unificar la diversitat, per absorbir la “diferència”. Com explica Ian Hacking (2005), la normalització de categories és la condició que possibilita la normalització dels individus i que porta a intentar transformar en *normals* a aquells que són *anormals*. Aquesta idea de normalitat remet simultàniament a una descripció objectiva i a un judici de valor. És precisament aquest doble caràcter el que li confereix la capacitat de ser “normativa”. Des del moment en què el normal és afirmat com a valor, com a desitjable, el seu contrari apareixerà com a disvalor i serà rebutjat. En aquest sentit, l'aportació de Georges Canguilhem (1971 [1966]) ha estat fonamental per conceptualitzar la relació entre *normal* i *patològic*, indicant que ambdós termes es reconeixen i afirmen per mediació de l'altre en una relació d'inversió o de “polaritat”. La patologia precisa del normal en relació al qual s'afirma com a desviació o pertorbació a ser corregida. D'acord amb Canguilhem, la norma no és natural i preexistent, sinó quelcom que es formula com una manera d'unificació de la pluralitat, transformant la diferència en patologia i disminuint la tolerància a la diversitat humana. Com afirma l'autor, el límit entre el normal i el patològic és imprecís; per apreciar què és normal i què és patològic cal mirar més enllà

⁵³ Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española. Madrid: Espasa Calpe (2001).

⁵⁴ Diccionari de la Llengua Catalana, Institut d'Estudis Catalans. Barcelona: Edicions 62 (1995).

del cos, ja que allò que és normal en un determinat medi o cultura pot ser considerat patològic en un altre. De la mateixa manera, pot existir una frontera precisa per a cadascú de nosaltres com a subjectes individuals. Així, les nocions sobre què és normal o què no ho és, o què és saludable o què no ho és, disten molt de ser quelcom universal i determinat, sinó que més aviat estan relacionades amb allò que es considera normal segons qüestions d'orde estadístic o judicis de valor, és a dir, d'allò que la societat entén com a bo o dolent.

La medicina construeix la malaltia en relació a uns estàndards de normalitat, com quelcom que es desvia de les pautes que representen la salut, i comporta la necessitat de controlar o corregir a aquells que s'aparten de la norma. El discurs mèdic amb el seu èmfasi en el risc i la responsabilitat personal estableix paràmetres d'avaluació moral, traçant línees divisòries entre aquells que compleixen i aquells que no compleixen. L'autovigilància i l'autocontrol suposen actes d'excel·lència moral; la irresponsabilitat o els comportaments inadequats o insaludables constitueixen l'arrel de la malaltia. Llavors, l'*embodiment* del suposat desordre o anormalitat funcionaria com un mecanisme de regulació, de control del propi cos en interès de l'ordre social. Utilitzant l'anàlisi de Foucault, poden dir que l'estil de vida saludable, medicament definit i socialment legitimat, es construeix a partir d'una proposició meticulosa i insistent de normes de conducta que penetra els cossos, creant una retícula de llaços (ideològics, morals, pràctics) a través dels quals transita el poder, creant una relació microfísica, infinitesimal entre el subjecte i el seu cos, que obeeix a una mediació medicopolítica d'ordenació de la vida quotidiana (Foucault, 1981, 1990a, 1992 i 2005).

Com expliquen Beck i Beck-Gernsheim (2003), la creixent calculabilitat dels riscos sanitaris condueix a l'assignació d'una responsabilitat personal cada cop més important i, d'aquesta manera, a un major sentiment de culpa potencial i a més matèria per al retret i l'autoretret, per a la pressió social i moral. Avui en dia s'espera de les persones que s'impliquin en la gestió dels propis factors de risc, cosa que els hauria de conduir a escollir un estil de vida responsable. Tanmateix, i tornant a l'*individualisme institucionalitzat* de què parlaven Beck i Beck-Gernsheim, o a la *biografia reflexiva* de Giddens (1995), no es tracta d'una elecció purament lliure, sinó d'una *biografia de risc*; les directrius modernes insten a l'autoresponsabilitat, però

també a l'obligació de fer front a les conseqüències. Lupton (2012) explica que en les societats occidentals modernes l'èmfasi en l'estil de vida i la responsabilitat de l'individu de preservar la seva salut i evitar el risc ha arribat a dominar les explicacions de certes malalties; es considera que la manca de disciplina personal porta a adquirir malalties relacionades, per exemple, amb la dieta o el pes corporal. Com comenta Rosalind Coward⁵⁵ en relació a l'actual èmfasi en la dieta:

“Es aquí donde las actitudes hacia la comida entran firmemente en el reino de la moralidad. De acuerdo con esta manera de pensar, comer es tomar decisiones: elegir entre la enfermedad y la salud, el cuerpo perfecto o el obeso, el poco saludable o enfermo.” (1989: 147)

En un context on moltes situacions i condicions escapen sovint a la intervenció de les persones, el fracàs, paradoxalment, posa l'accent en la culpa i responsabilitat individuals, ignorant o minimitzant la naturalesa social del comportament humà. Conrad assenyala: “Aunque esto encaja bien con la ética individualista de la cultura occidental, deforma la realidad y permite el control social en nombre de la salud” (1982: 154). Així doncs, la medicalització té conseqüències polítiques. Com indica Zola (1981), els termes salut i malaltia són utilitzats cada cop amb més freqüència com a variables explicatives de problemes socials, localitzant aquests problemes en individus concrets i enfosquin altres qüestions de major envergadura. També Gracia *et al.* opinen que:

“Si les mesures... es limiten a la presa de decisions individuals, en lloc de tenir en compte les possibles raons estructurals que condueixen a estils de vida poc saludables..., probablement no farem més que endarrerir solucions i permetre que el problema persisteixi.” (2012: 12)

Com he assenyalat abans, el poder de la medicina per definir la normalitat s'ha estès cada cop més al comportament de gent sana, com a part de la política de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, que tenen com a objectiu advertir al públic sobre els riscos per a la salut, partint del supòsit que el coneixement i la consciència dels perills de certs comportaments es traduirà en la seva evitació. Diferents autors estableixen

⁵⁵ Citat per Lupton, 2012: 116.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

una aliança entre la professió mèdica, el ciutadà responsable i l'Estat, i destaquen l'interès d'aquest últim en la medicina preventiva, com a forma d'augmentar el seu poder de vigilància i control, i reduir, d'aquesta manera, els costos del sistema de salut. La persona irresponsable, incapaç de cuidar de si mateixa, constitueix un mal exemple, suposa una càrrega per a l'Estat i, com a conseqüència, no compleix amb el seus deures de ciutadà; el seguiment d'unes normes mèdiques de conducta apropiades - controlar la dieta, fer exercici físic, reduir o eliminar factors de risc, sotmetre's regularment a reconeixements mèdics...- s'entén com a políticament correcte (Turner, 1989; Rodríguez i de Miguel, 1990; Skrabanek, 1999; Ortega, 2010; Lupton, 2012). Es continua mantenint la hipòtesi segons la qual la educació sanitària de la població resoldrà el problema, partint de la idea que les persones no tenen una formació adequada i segurament són incapaces de solucionar els propis problemes, i s'implementen campanyes i programes de promoció de la salut que no qüestionen, o poc, les estructures socials i economicopolítiques on s'insereixen les conductes de risc sobre les quals es pretén incidir (Rodríguez i de Miguel, 1990).

Donat que la vigilància i el control mèdic no s'expressa en termes de poder sinó en el llenguatge de la "ciència", es considera que les decisions mèdiques són políticament neutrals i científicament objectives. Però, com apunten diversos autors, la medicina i la ciència són també productes de la vida social i la imaginació cultural i no són impermeables als valors dominants de la societat. L'avaluació mèdica, si bé tracta de basar els seus judicis en fonaments racionals i les seves intervencions en criteris d'eficàcia tècnica, està influïda per l'ordre moral de la societat i tendeix a projectar els seus tabús en les pròpies conclusions científiques (Conrad, 1982; Rodríguez i de Miguel, 1990; Alemany, 1996; Menéndez, 1998; Tibere, 2007; Martínez-Hernández, 2008; Poulain, 2009; Lupton, 2012). Douglas convida a reflexionar sobre aquest punt i assenyala que:

"Todos los procesos cognitivos están politizados.... Nuestro conocimiento del mundo siempre será fragmentario, nunca será posible erradicar por completo la ambigüedad. Si se desea atribuir la culpa a algo o a alguien, siempre es posible encontrar el modo de interpretar los hechos en ese sentido" (1991: XV i XVI).

Podem dir que, en el nostre context, la *mirada mèdica* ha desbordat els límits individuals del metge que mira un cos i s'ha transformat en una mirada institucionalitzada i poderosa, estructurada en organitzacions y sistemes, amb una forta presència en els àmbits social, cultural, econòmic i polític.

4. Medicalització de l'obesitat: entre el risc per a la salut i el *moral pànic*

Com hem vist en la primera part d'aquest text, des de molts anys enrere la medicina havia denunciat nombrosos problemes relacionats amb un cos voluminós (Vigarello, 2010). Tanmateix, durant molt de temps, i en absència de mesures o criteris establerts, el llindar a partir del qual una persona podia ser considerada grassa o massa grassa no estava clarament establert. Qualitats com gras, gord o corpulent no haguessin permès introduir la condició de factor de risc per a la salut o de malaltia. Avui en dia aquestes qualitats s'han transformat en quantitats precises com obès, obesitat o sobrepès, que no són simples epítets sinó termes precisos per als quals existeixen definicions numèriques, que es poden determinar fàcilment amb una balança o una cinta mètrica (cf.: 4.2). Sota el meu punt de vista, la qüestió no és gens insignificant, ja que aquest canvi de mots ha redefinit la condició i la forma d'abordar el pes corporal. Les normes de pes han estat decisives per a la normativització de la figura humana, s'han fixat categories que defineixen quan un pes és "normal" o quan està per sota o per sobre dels límits de la normalitat, és a dir, quan és o no és saludable, i s'han establert mecanismes diversos per al seu control (Sobal, 1995; Hacking, 2005). Podem dir que l'obesitat ha estat objecte d'una lenta però continua medicalització, si bé en les dues o tres últimes dècades l'interès per aquesta entitat ha crescut extraordinàriament degut a l'increment de la seva incidència i prevalença en els països industrialitzats i en aquells en vies de desenvolupament. En l'actualitat es considera com un dels principals problemes de salut pública a què s'enfronten aquests països. En pocs anys l'obesitat ha passat de ser contemplada com un factor de risc a ser definida com a malaltia i, finalment, com a epidèmia mundial, adquirint una forta presència a nivell assistencial,

social, polític i mediàtic. S'entén que la utilització de l'expressió "epidèmia" pretenia donar compte de l'amplitud del fenomen i sensibilitzar-ne els governs i les poblacions.

Cal destacar el rol determinant de les societats d'assegurances nord-americanes en la problematització de la grassor, que buscaven indicadors de salut que els permetessin avaluar millor el risc representat per cada assegurat. L'augment de l'interès mèdic pel pes corporal i la consideració de l'obesitat com una qüestió de salut pública van coincidir amb la informació subministrada per aquestes companyies, que van evidenciar la relació estadística entre pes corporal i esperança de vida, d'una part, i les despeses de salut, de l'altra. Des de mitjans del segle XIX aquestes companyies utilitzaven el pes corporal com un indicador de risc, associant un pes elevat a una major presència de certes malalties, com afeccions cardiovasculars o diabetis mellitus tipus 2, i a una disminució de l'esperança de vida, cosa que va portar a incrementar les primes d'assegurances als individus que presentaven excés de pes. D'aquesta manera, l'obesitat va adquirir l'estatus de "factor de risc". La publicació el 1908 de *The Dublin's Standard Table of Heights and Weights* va ser decisiva per a la determinació dels valors mitjans de pes mèdicament desitjables. La inclusió l'any 1990 de l'obesitat en la *International Classifications of Diseases (ICD-9-CM 1990)* va atorgar a aquesta entitat l'aprovació oficial de la condició de malaltia. La seva consideració com a patologia crònica i evitable va dur els experts en salut pública i les autoritats sanitàries a definir-la com a epidèmia, cosa que va suposar una altra transformació en l'estatus científic de l'obesitat i la seva incorporació en l'agenda política (Sobal, 1995; Fischler, 1995; Gracia, 1996; Poulain, 2009; Gracia *et al.*, 2012). L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va publicar l'any 1998 l'informe *Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic* on hi podem llegir:

"El sobrepès i l'obesitat constitueixen una amenaça creixent per a la salut... En efecte, l'obesitat és tan freqüent que està substituint els problemes de salut pública més tradicionals com la desnutrició i les malalties infeccioses, i constitueix un dels factors més important de mala salut." (WHO, 1998: 1)⁵⁶

⁵⁶ La traducció és de l'autora.

La designació de l'obesitat com a epidèmia revela l'aplicació del model de contagi, l'aparició d'un mal que avança amb rapidesa i del què cal allunyar-se, i implica la necessitat urgent d'actuar per tal d'evitar que el problema s'estengui, contribuint a la seva socialització i a la seva globalització, i afectant potencialment tota la societat. Afavoreix, igualment, la consideració de les formes de vida com a determinants del l'augment de pes. Com assenyala François Ascher (2005), el contagi no és en aquest cas biològic sinó social; els individus han de mantenir-se a distància de certes pràctiques, actituds o comportaments que podrien provocar –contagiar- la malaltia. Aquesta noció d'epidèmia i les informacions constants sobre els danys causats per l'obesitat i les pautes a seguir per tal d'evitar-la impliquen que la persona que pesa en excés⁵⁷ és algú mancat de voluntat per renunciar a allò aparentment evitable, per seguir unes mesures profilàctiques que, suposadament, reduirien les possibilitats de contraure la malaltia.

La caracterització de l'obesitat com un dels problemes més importants de salut pot associar-se al concepte de *moral pànic* (Paul Campos *et al.*, 2006; Comelles, 2011; Gracia *et al.*, 2012). L'expressió *moral pànic* va se encunyada pel sociòleg Stanley Cohen l'any 1972 i fa referència a:

“Una condició, episodi, persona o grup de persones que emergeix i és identificat com una amenaça per als valors i interessos de la societat; la seva naturalesa es presentada pels mitjans de comunicació d'una manera estilitzada i estereotipada; les barricades morals són tripulades per editors mediàtics, bisbes, polítics o altres persones o experts acreditats per la comunitat per a pronunciar els seus diagnòstics, solucions i formes d'afrontar el problema. A continuació la condició desapareix, es submergeix o es deteriora. Algunes vegades l'objecte de pànic és bastant nou, altres es tracta de quelcom que existeix des de fa temps, però que en un moment donat irromp en el centre d'atenció. En ocasions el pànic sobrevola i es oblidat... altres vegades té

⁵⁷ La medicina recupera la noció escolàstica “d'excés” per caracteritzar patològicament, no la compulsió massiva de la societat de consum sinó les *conductes extremes* dins la compulsió, especialment l'alimentària. És com si la compulsió fos quelcom acceptable, però la compulsió dins la compulsió no (Comelles, 2011; Gracia *et al.*, 2012).

repercussions més greus i duradores i podria produir canvis a nivell polític, jurídic i social i, fins i tot, en la forma en què la societat es concep a sí mateixa." (1987:9)⁵⁸

En la lògica del *moral pànic* no es tracta només de quelcom que es defineix com a problema, sinó que suposa una situació en què efectivament un fet esdevé un problema en la percepció pública (Cohen, 1987). Campos *et al.* (2006) argumenten que els pànics morals són típics en èpoques de ràpid canvi social i impliquen una exageració o fabricació de riscos; opinen que l'atenció atribuïda a l'obesitat en la nostra societat actual sembla reunir els criteris del *moral pànic*.

Aquesta expansió del fenomen de l'obesitat, els riscos per a la salut que se li atribueixen i les repercussions econòmiques que comporta, degut als costos que genera la seva atenció sanitària i la possible decreixença de productivitat, han suposat un desafiament per a les autoritats i els professionals sanitaris, creant la necessitat urgent d'actuar i legitimant la intervenció. En els últims anys experts i polítics han elaborat nombroses propostes per afrontar el problema i la comunitat científica s'ha bolcat en estudiar l'etiopatogènia, fisiologia, clínica i terapèutica de l'obesitat. De tota manera, continuen existint moltes incògnites i, ara per ara, els resultats de les intervencions són encara molts limitats. Com veurem més endavant (cf.: 4.3), si bé s'han produït alguns avenços en el coneixement fisiopatològic de l'obesitat, l'absència d'una solució farmacològica efectiva per al problema fa que el tractament es continuï centrant en abordar les suposades causes del desequilibri, incidint en el canvi d'estils de vida i en la voluntat o motivació personal. Les guies de bona alimentació proliferen i s'adverteix a la població de la necessitat de seguir una "dieta saludable" i fer més exercici físic per mantenir una bona salut. Així, malgrat que la consideració de l'obesitat com a patològica podria alliberar la persona obesa de la mirada moralitzadora en considerar-la malalta, o amb grans possibilitats de ser-ho, i per tant necessitada d'ajut o amb dret a rebre tractament mèdic, continua molt generalitzada la idea que estar gras depèn d'un mateix. Més enllà de les obesitats mòrbides, la medicalització de l'excés de pes no ha aconseguit que la societat exculpi els afectats de la pròpia responsabilitat (Gracia *et al.*, 2012).

⁵⁸ La traducció és de l'autora.

D'altra banda, com assenyala Poulain (2001, 2002), el risc de la medicalització està en passar de la lluita contra l'obesitat a la lluita contra el sobrepès i donar justificacions científiques a la recerca de la primesa. Avui en dia estar a dieta forma part de la normalitat de moltes persones en els països industrialitzats, en especial de les dones, independentment de quin sigui el seu pes corporal (Germov i Williams, 1996; Gracia, 2005; Tibere, 2007; Poulain, 2009; Saint Pol, 2010). Ascher argumenta que la norma que imposa la nostra societat és la primesa, i aquesta sovint no es correspon amb la definició mèdica de normalitat, d'aquí la confusió recurrent entre "primesa" i "normalitat":

"La medicalització del cos i de l'alimentació semblen enfrontar-se a un nou obstacle social: la definició de la norma escapa als professionals de la salut, i es radicalitza independentment d'ells. Però aquesta desconnexió de la norma social respecte de la norma mèdica genera molts patiments com ho demostra l'increment de consultes mèdiques de dones que es consideren massa grasses malgrat tenir un pes normal."
(2005: 153)⁵⁹

Aquesta radicalització de la norma de primesa podria considerar-se, doncs, com un efecte pervers de la lluita contra l'obesitat. La visió de l'excés ponderal com a patològic i epidèmic i la necessitat de prevenció o tractament s'instal·len en el centre de la vida quotidiana de moltes persones legitimant el *dieting*⁶⁰ i el *body-building*, en bona part com a conseqüència d'allò que Hacking (2005) defineix com a "epidèmia del discurs sobre l'obesitat", tant o més punyent que la pròpia obesitat. El discurs mèdic s'acompanya d'altres discursos hegemònics vinculats al món mediàtic, a les indústries que el sustenten i a la comunicació política, que participen sobredimensionant o ressaltant la projecció de l'amenaça i, d'aquesta manera, augmenten la visió negativa de l'obesitat i la por a engreixar en poblacions poc acostumades a interpretar críticament els mitjans i els discursos legitimats, especialment aquells considerats com a "científics". Paral·lelament, el valor social atribuït a la primesa, i potenciat per les imatges de cossos ideals àmpliament difoses pels mitjans de comunicació, augmenta el desig de tenir un cos prim i atractiu i d'aspecte "saludable". No hi ha dubte que estem

⁵⁹ La traducció és de l'autora.

⁶⁰ Estar a dieta de manera permanent.

davant d'un tema que sacseja l'opinió pública i que el mercat, sempre atent al negoci, no passa per alt, utilitzant en favor seu els discursos experts –prescindint dels professionals o utilitzant-los com a legitimadors- per deconstruir i reconstruir significats que alimenten la producció i el consum de béns i serveis dirigits, suposadament, a millorar l'aparença física i la salut. Cal assenyalar que si bé en els missatges sobre salut i obesitat provinents del món sanitari la dimensió sanitària preval a la dimensió estètica, la primera ve a reforçar la norma estètica de primesa i, en conseqüència, la comercialització del pes corporal. També, en els discursos biomèdics a vegades es fa difícil separar els interessos relacionats amb la salut d'aquells relacionats amb el mercat (Gracia i Comelles, 2007; Gracia, 2010a i 2010b).

Podem dir que els criteris definits pel discurs mèdic s'han mercantilitzat i han deixat de relacionar-se exclusivament amb la salut, per fer-ho de forma progressiva amb qüestions d'ordre material i simbòlic relacionades amb bellesa i èxit social. La proliferació en les dues o tres últimes dècades d'ofertes comercials ideades per controlar o baixar el pes corporal, o de clíniques privades que ofereixen infinitat de tractaments per modelar el cos o fer front a l'obesitat, en són un bon exemple. Tanmateix, i paradoxalment, l'obesitat persisteix malgrat el *lipofobisme* (Fischler, 1995), les advertències i l'esforç educatiu dut a terme per professionals i autoritats sanitàries, i les inversions multimilionàries d'indústries dedicades a la salut, l'alimentació i el control del pes corporal. L'explicació a aquesta paradoxa es pot trobar, en part, en les contradiccions observades en les societats industrialitzades on es desaprova discursivament la grassor, però es fomenta en la pràctica. La mateixa cultura que produeix l'obsessió per la dieta saludable i el *fitness* genera el *fast-food* i el sedentarisme. Només cal observar al nostre voltant per percebre aquesta contradicció: productes, gimnàs o centres per perdre pes conviuen amb supermercats replets d'aliments (alguns de dubtosa qualitat nutricional o considerats obesogènics), restaurants i ofertes d'oci passiu, que fan la fortuna d'inversors o fabricants. La recerca o manteniment de la salut i la perfecció corporal exigeix una disciplina tan forta com l'ideal hedonista que el mercat ens imposa. Consum i contenció, plaer i control corporal representen les dues cares d'un mateix fenomen, i coexisteixen en nombrosos individus en un difícil equilibri.

4.1. Interès creixent de la biomedicina envers l'obesitat

La medicalització de l'obesitat passa no només per la seva designació com a malaltia crònica, evitable i de característiques epidèmiques, sinó també per la creació d'institucions o societats internacionals o nacionals per estudiar-la i combatre-la, per l'organització d'activitats científiques com congressos, fòrums, cursos o l'aparició de revistes especialitzades, la realització d'estudis clínics, farmacològics i epidemiològics i la redacció de documents o consensos sobre el tema, o l'establiment de serveis sanitaris especialitzats, activitats totes elles que contribueixen a institucionalitzar, legitimar i engrandir el problema.

Les primeres converses sobre la necessitat de crear una organització que s'ocupés de l'obesitat van tenir lloc al Regne Unit a principis dels anys seixanta del segle passat, però no va ser fins l'any 1967 amb la creació de *Association for the Study of Obesity (ASO)* que l'obesitat va ser reconeguda com una qüestió de salut pública i va adquirir legitimitat en el medi científic. El *Fogarty International Center*, com a part del *National Institutes of Health (NIH)* als Estats Units, va organitzar la primera *Fogarty Center International Conference on Obesity* a Maryland el 1973. L'ASO va celebrar el primer *International Congress on Obesity* a Londres l'any 1974, que tenia com a objectiu promoure entre la professió mèdica la idea que l'obesitat suposava un seriós problema per a la salut, i va fundar el 1977 el *International Journal of Obesity*. En la dècada dels vuitanta es va crear la *International Association for the Study of Obesity (IASO)*, que en l'actualitat agrupa a més de 50 associacions nacionals i regionals d'obesitat de tot el món. Altres associacions destacades són la *North American Association for the Study of Obesity (NAASO)* creada l'any 1982, l'*European Association for the Study of Obesity (EASO)* el 1986, la *Latin American Federation of Societies of Obesity (FLASO)* el 1990, la *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)* el 1995, que agrupa diferents societats de cirurgia bariàtrica nacionals, o l'*Asia-Oceania Association for the Study of Obesity (AOASO)* el 1999. La formació de la *International Obesity Task Force (IOTF)* va suposar una etapa decisiva. La IOFT es va constituir formalment a l'*European Congress of Obesity (ECO)* a Barcelona l'any 1996 i va preparar l'informe sobre l'epidèmia mundial d'obesitat, que va servir de base per a la

primera consulta d'experts de l'OMS sobre obesitat celebrada a Ginebra el 1997. La IOFT va quedar sota el paraigua de la IASO el 1998 i es va fusionar amb ella l'any 2002. Totes aquestes associacions tenen com a finalitat fomentar la investigació, facilitar el contacte entre individus i organitzacions, i promoure accions per abordar l'epidèmia d'obesitat. Des de l'any 2014 la IASO s'identifica amb el nom de *World Obesity*⁶¹.

A Espanya destaquen la *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)* fundada l'any 1990 i la *Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas (SECO)* el 1997. Col·laboren també en l'estudi de l'obesitat entitats com l'*Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN)* creada el 1987, la *Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)* el 1989, la *Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)* el 1991, la *Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA)* el 1992 o la *Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)* el 2002, entre d'altres. El *Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn)*, nascut l'any 2006, és una estructura cooperativa en xarxa, formada per 24 grups ubicats en els principals centres d'investigació de tota Espanya. L'*Observatorio de la Obesidad*, creat al si de l'*Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)* el 2007, és una de les iniciatives contemplada per la *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)*, elaborada pel Ministerio de Sanidad y Consumo el 2005 (cf.: 4.3), i té com a objectiu obtenir i difondre informació sobre l'evolució de l'obesitat per facilitar la presa de decisions a les institucions públiques (M^a del Rocio Ortiz i Carlos Álvarez-Dardet, 2009). Més recentment, a inicis del 2013, s'ha creat l'*Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad* (previst a la *Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición*)⁶², com a òrgan adscrit al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de l'AESAN. Aquest observatori s'ha constituït com a sistema d'informació per conèixer la situació nutricional i l'evolució de la obesitat de la població espanyola i com a plataforma de trobada entre tots els agents implicats on convergeixen els objectius de l'Estratègia NAOS⁶³. Aquesta

⁶¹ Per ampliar aquesta informació es poden consultar: www.iaso.org
www.worldobesity.org/who-we-are/history/

⁶² BOE núm. 160, Sec. I, pág. 71303, artículo 38.

⁶³ <http://www.observatorio.naos.aesan.mssi.gob.es/web/observatorio/observatorio.shtml>

vinculació o participació d'organismes oficials suggereix un major suport a la medicalització de l'obesitat.

El nombre de publicacions dedicades a l'obesitat ha crescut a llarg d'aquests anys. A l'aparició el 1977 de l'*International Journal of Obesity*, l'han succeït altres com *Obesity Surgery* fundada el 1991, *Obesity* (abans *Obesity Research*) el 1993, *Obesity Reviews* el 1998, *Pediatric Obesity* el 2006, *Obesity Facts* el 2008, *Clinical Obesity* el 2011 o *BMI Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana* el 2011. A Espanya destaca la *Revista Española de Obesidad* publicada per la SEEDO des de l'any 2003. La producció científica sobre obesitat a nivell mundial ha augmentat en els últims anys, especialment a partir de l'any 2000. Segons un estudi realitzat entre els anys 1988 i 2007, el número de documents produïts a Espanya va créixer significativament durant aquests anys, amb un creixement mitjà anual del 15%, cosa que ha suposat una aportació important en el conjunt de la Unió Europea (Jesús Vioque *et al.*, 2010).

Des de finals dels anys noranta l'OMS ha publicat diversos informes i propostes sobre obesitat que han estat àmpliament difosos, com *Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic* (WHO, 1998), *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS)* (WHO, 2004), *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for reponse* (WHO, 2007), entre d'altres. Experts i polítics de molts països han elaborat propostes i s'han posat en marxa accions particulars per fer front al problema de l'obesitat, especialment enfocades a la prevenció com, per exemple, l'abans citada *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad* (NAOS, 2005). L'any 2006 es va celebrar a Istanbul la *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity* en la que es va elaborar la *European Charter on Counteracting Obesity* (WHO, 2006), que pretén proporcionar una guia de principis i accions sobre els quals basar la política europea contra l'obesitat. A Espanya la SEEDO ha tingut una participació molt activa en la redacció de documents en torn a la obesitat com, per exemple: *Consenso Español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos* (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 1996), *Consenso SEEDO 2000* (Sociedad Española para el Estudio de la

Obesidad, 2000), *Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica* (Miguel A. Rubio *et al.*, 2007), *Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular*, de SEEDO, SENC, SEEN i altres (Javier Aranceta *et al.*, 2003a), *Documento de consenso sobre cirugía bariátrica* de SEEDO y SECO (Rubio *et al.*, 2004) o les *Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Consenso FESNAD-SEEDO* (Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética/ Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 2011). El desembre de 2013 es va celebrar la 18a edició del *Día Nacional de la Persona Obesa* organitzat per la SEEDO i la SEEN.

S'han succeït també de manera regular infinitat de reunions i conferències en el camp de l'obesitat i disciplines afins. La recent celebració del *29th Annual Meeting of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* a Califòrnia el 2012, el *22nd Workshop of European Childhood Obesity Group* a Espanya el 2012, el *18th World Congress of International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* a Turquia el 2013, el *21th European Congress on Obesity (ECO)* a Bulgària el 2014, així com la pròxima edició del *XII Congreso Nacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad SEEDO* a Espanya el 2015, el *20th World Congress IFSO15* a Àustria el 2015 o el *13th International Congress on Obesity (ICO)* a Canadà el 2016, entre molts d'altres, evidencien l'interès i la preocupació que suscita aquesta problemàtica.

L'any 2003 es va posar en marxa la *Specialist Certification of Obesity Professional Education (SCOPE)* amb l'objectiu de reconèixer especialistes en obesitat i millorar la qualitat de l'educació en aquest tema entre els professionals mèdics a Europa. En el mateix any es va establir als Estats Units el *Center for obesity Research and Education (CORE)*. El 2007 *Education and Management TaskForce (EMTF)* de IASO va assumir la responsabilitat de SCOPE, ampliant el seu abast a altres parts del món per cobrir Amèrica Llatina, Àfrica del Sud i Orient Mitjà, Àsia i Austràlia, i Canadà. A Espanya es va celebrar a finals del 2013 la cinquena edició del *Curso Avanzado de Obesidad*, coordinat per la SEEDO i dirigit a metges amb experiència en el tractament d'aquesta

entitat i interessats en aprofundir en els coneixements i nous avenços tecnològics en aquesta matèria.

Atesa la gran rellevància que té l'estudi i el tractament de l'obesitat, en aquest moment a Espanya són nombroses les institucions hospitalàries que, independentment del seu grau de complexitat i nivell de tecnologia, compten amb serveis o unitats multidisciplinars dedicats al tractament d'aquesta entitat, especialment a les comunitats autònomes de Catalunya i Madrid⁶⁴. A Catalunya la majoria d'hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)⁶⁵, així com altres institucions no integrades en aquesta xarxa, ofereixen atenció clínica especialitzada. Recentment la SEEDO ha publicat els "Criterios de reconocimiento de una Unidad Hospitalaria de Obesidad"⁶⁶.

4.2. L'obesitat en xifres

Actualment l'obesitat, definida com una acumulació anormal o excessiva de greix en el cos que comporta un increment de pes, està considerada com un creixent problema de salut pública a nivell mundial per les elevades taxes de prevalença assolides, però sobretot pel seu ràpid creixement en els països industrialitzats i cada cop més en aquells d'economia en transició o en vies de desenvolupament, i en pràcticament tots els grups d'edat. En els primers l'obesitat va ser considerada com a producte de l'abundància i associada a un elevat nivell socioeconòmic. En poques dècades la tendència es va revertir i avui en dia afecta principalment als estrats socials més desafavorits. En els països en vies de desenvolupament, especialment en aquells que

⁶⁴ Per exemple, Unidad de Obesidad Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Unidad de Obesidad Mòrbida del Hospital Universitario de Getafe, Unidad de Obesidad del Hospital Universitario La Paz, Unidad de Nutrición Clínica y Obesidad Hospital Ramón y Cajal, tots aquests a la comunitat autònoma Madrid; Unidad de Obesidad de la Clínica Universitaria de Navarra; Unidad de Cirugía de la Obesidad Mòrbida y de los Trastornos Metabólicos de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto.

⁶⁵ Unitat d'Obesitat de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, Unitat de Cirurgia Bariàtrica de l'Hospital Universitari de Bellvitge, Unitat Funcional d'Obesitat de l'Hospital Clínic de Barcelona, Unitat d'Obesitat Mòrbida de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Unitat d'Obesitat de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus, entre d'altres. Cal destacar que la Unitat d'Obesitat de l'Hospital Sant Joan de Reus va ser la primera unitat a Espanya que es va acreditar per la SEEDO.

⁶⁶ <http://www.seedo.es/images/site/documentacionconsenso/criterios-de-reconocimiento-de-una-unidad-hospitalaria.pdf>

experimenten transformacions ràpides de creixement econòmic i social, com és el cas de la Xina o d'alguns països llatinoamericans, és on el problema sembla créixer amb més celeritat, sobretot entre les classes més pobres. S'ha argumentat que els múltiples canvis en les condicions alimentàries i nutricionals, que constitueixen l'anomenada transició nutricional, caracteritzada per modificacions quantitatives i qualitatives, i una major disponibilitat d'aliments d'alta densitat energètica i més econòmics, juntament a una pèrdua del control domèstic en la preparació del menjar i a una reducció de l'activitat física, tenen com a conseqüència l'augment de la prevalença de sobrepès i obesitat, principalment entre la població amb rendes més baixes. Segons l'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) els salaris de les persones obeses són fins a un 18% inferiors a aquells de persones de pes "normal" (Sassi, 2010: 111). L'actual globalització de la indústria d'aliments i la forta penetració de les multinacionals que els produeixen, sobretot en països d'economia en transició, han provocat també aquesta major disponibilitat a baix cost d'aliments processats hipercalòrics, factor decisiu en l'elecció d'aliments en famílies amb pocs recursos econòmics (Barry M. Popkin, 2001 i 2004; Benjamin Caballero, 2007; Mariel M. Finucane *et al.*, 2011).

Segons la *World Obesity Federation*, l'obesitat està assolint proporcions de pandèmia, al voltant de 1.500 milions de persones adultes tenen sobrepès i, d'elles, aproximadament 475 milions són obeses; més de 200 milions de nens en edat escolar tenen sobrepès⁶⁷. No hi ha dubte que les xifres són alarmants i les prediccions de futur encara més. Per exemple, segons consta al *Libro Blanco de la Nutrición en España* de 2013, si continua el procés de sobrecàrrega ponderal amb la tendència actual l'any 2040 la totalitat de la població europea presentarà sobrepès (Aranceta, J., Pérez, C., Rubio, M.A., 2013). La *World Obesity* alerta de conseqüències sense precedents (per a la salut, financeres i socials) en la societat global, si no es prenen mesures per invertir la tendència ascendent de l'obesitat, i afirma que la generació de nens d'avui en dia serà la primera que tindrà una esperança de vida útil inferior als seus pares⁶⁸.

⁶⁷ <http://www.worldobesity.org/aboutobesity/> (consultat 03-08-2014)

⁶⁸ <http://www.worldobesity.org/aboutobesity/> (consultat 03-08-2014)

Preocupa la morbiditat col·lateral associada a la malaltia i el cost socio sanitari que aquesta genera. Segons els experts, l'obesitat, especialment la de distribució central, confereix un augment del risc de morbimortalitat a l'associar-se a l'aparició de malalties cardiovasculars, diabetis mellitus tipus 2 (DM2), i també a altres patologies com certs tipus de càncer, osteoartropatia, colelitiasi, apnea de la son, i a un augment de mort prematura i pèrdua d'anys de vida saludable (Basilio Moreno, Susana Monereo, Julia Álvarez, 2006; Rubio *et al.* 2007). Es considera que, degut a aquestes alteracions associades, l'obesitat ha esdevingut la segona causa de mort prematura i evitable, després del tabac (Rubio *et al.* 2007). De tota manera, existeix polèmica sobre el número de defuncions atribuïbles a sobrepès i obesitat degut a discussions metodològiques en relació a atribucions o raons de risc. Les xifres presentades en diversos estudis difereixen de manera molt important (Katherine M. Flegal *et al.*, 2005; David H. Mark, 2005). Per exemple, les estimacions publicades per Ali H. Mokdad *et al.* (2004) van ser posteriorment modificades a la baixa pels mateixos autors (Mokdad *et al.*, 2005). Alguns estudis han suggerit que un sobrepès o, fins i tot, una obesitat poc important (grau I) poden associar-se a taxes baixes de mortalitat (Flegal *et al.*, 2005 i 2007; Abel Romero-Corral *et al.*, 2006; Flegal i Barry I. Graubard, 2009). De fet, l'estimació de mortalitat atribuïble a obesitat sembla ser un dels reptes de l'epidemiologia actual.

Quant al costos econòmics generats per l'obesitat, aquests són difícils d'avaluar, tot i que existeixen dades relatives al cost que representen. Les xifres varien entre un 2% i un 8% de la despesa sanitària total en els països industrialitzats. Segons la World Obesity⁶⁹, als països europeus aquesta xifra correspon a un 2'8%. A Espanya s'ha estimat en uns 2.500 milions d'euros anuals, cosa que suposa quasi el 7% de la despesa sanitària, si bé, com apunta Beatriz González (2005), s'hauria de revisar aquesta dada ja que no sembla congruent en comparar-la amb les xifres estimades en els països del nostre entorn. En relació a la distribució dels costos en directes (relacionats amb visites mèdiques, mitjans diagnòstics, tractaments, hospitalitzacions, rehabilitació...) i indirectes (relacionats amb baixes i incapacitat laboral, disminució de la productivitat, mort prematura...), es calcula que les dues terceres parts dels costos són indirectes

⁶⁹ <http://www.worldobesity.org/aboutobesity/> (consultat 03-08-2014)

(Estudio Delphi, 1999; Raquel Vázquez i José M^a López, 2002; José Luis Pereira, Pedro P. García-Luna, 2005; Álvarez, J. *et al.*, 2006; Rubio *et al.*, 2007; WHO, 2007; Joan Quiles *et al.*, 2008; World Obesity⁷⁰). En tot cas, com plantegen alguns autors, existeixen dificultats metodològiques per estimar la despesa que suposa l'obesitat, ja que aquesta comparteix responsabilitat amb altres malalties com hipertensió arterial, DM2 o dislipèmies, cosa que fa que avaluar el cost atribuïble a obesitat esdevingui complex i discutible (González, 2005; Alejandro Rodríguez i Beatriz González, 2009). D'altra banda, pel que fa a costos indirectes, es pot qüestionar fins a quin punt una productivitat reduïda o una menor participació laboral del obesos es deguda a problemes de salut relacionats amb la seva obesitat o a la discriminació laboral que alguns o molts d'ells pateixen per raó del seu pes corporal, com hem vist en el capítol anterior. En aquest sentit, l'OECD remarca la major dificultat de les persones obeses, especialment les dones, per accedir a un lloc de treball (Sassi, 2010). Es dona també la paradoxa que si es resolgués el problema de l'obesitat completament, és a dir, si avui totes les persones obeses s'aprimessin, a llarg termini la despesa sanitària seria més gran ja que caldria tractar altres malalties, també costoses, en persones que haurien assolit una edat avançada gràcies al seu normopès (Pieter H. M. van Baal *et al.*, 2008; Rodríguez i González, 2009). També l'OECD apunta que sobre un cicle de vida complet una persona obesa possiblement genera menys despeses que una de pes normal (Sassi, 2010). En les últimes dècades s'han publicat multitud d'estudis que avaluen la "càrrega de malaltia de l'obesitat"⁷¹ per a diferents països. Els resultats presenten variacions sobretot com a conseqüència de la metodologia: què es mesura i com. Tots els estudis, per exemple, fan referència als costos directes, però no tots inclouen els indirectes, alguns treballs es limiten a l'obesitat, altres incorporen el sobrepès (Rodríguez i González, 2009; EASO, 2014). Un factor a considerar, i que sovint no es té en compte, són els importants beneficis econòmics que l'obesitat està generant gràcies a la immensa indústria dedicada al control del pes, però que escapen a la quantificació degut a la seva heterogeneïtat. La vinculació entre medicalització de l'obesitat i individualització del cos, com a forma de regulació de l'excés de pes que

⁷⁰ <http://www.worldobesity.org/aboutobesity/> (consultado 03-08-2014)

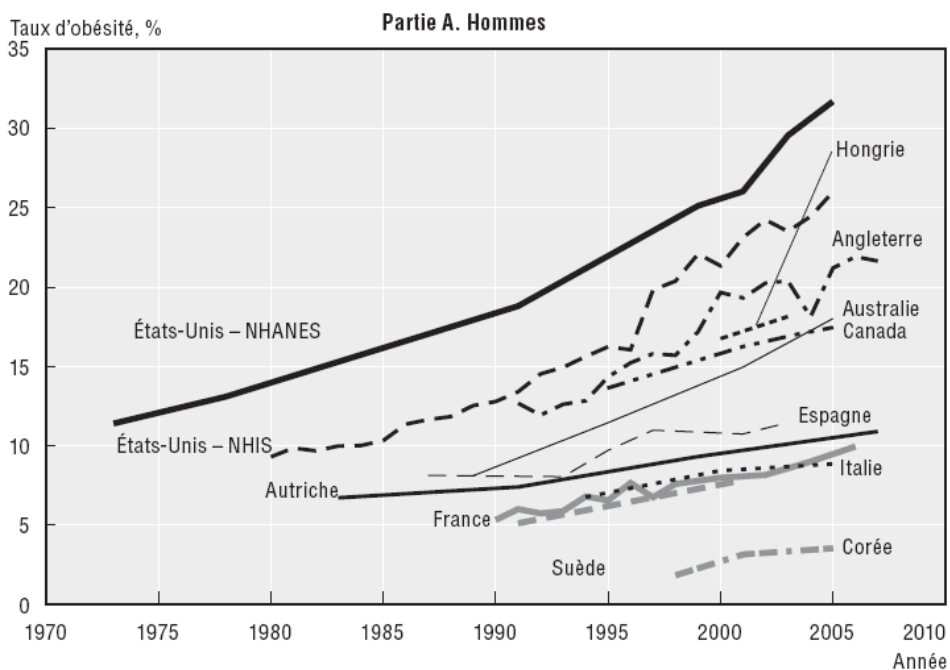
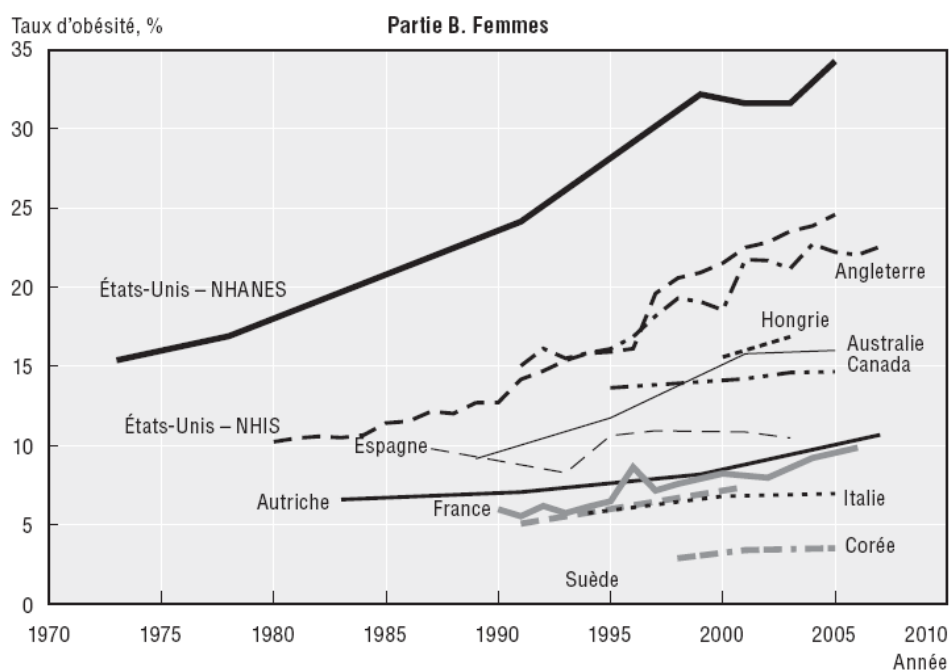
⁷¹ Els estudis de "càrrega de malaltia" estableixen la gravetat econòmica del problema, orientant les prioritats d'acció (Rodríguez i González, 2009: 26).

delega cada cop més sobre l'individu la responsabilitat de controlar el propi cos, han fet de la vigilància del pes un imperatiu de salut i social, transformant la grassor en una oportunitat de negoci, que el mercat, òbviament, no passa per alt (cf.: 6).

Sense ànim de qüestionar la validesa de molts dels percentatges sobre prevalença de sobrepès i obesitat presentats en els diversos estudis epidemiològics, i reconeixent que aquesta és elevada i està en augment en molts països des de finals dels anys 80 del segle passat, tant en població adulta com entre grups d'edat més joves, sí cal destacar que existeix una gran variabilitat en les dades presentades en els diferents estudis degut a la metodologia emprada, com les edats compreses en cada estudi, o les dades sobre pes i talla recollides per medició directa, mitjançant ús d'equips i tècniques de medició estandarditzades, o basades en dades autodeclarades; es considera que aquestes últimes poden produir un biaix d'informació i apunten a una menor proporció de casos d'obesitat, ja que es creu que existeix una tendència a la subestimació del pes i a la sobreestimació de la talla declarats pels enquestats (Joan Quiles i Jesús Vioque, 1996; Javier Aranceta i Carmen Pérez, 2006; SEEDO 2000; Gracia *et al.*, 2012). Com a exemple, a la figura 1 podem observar dues corbes per als Estats Units (EUA) que corresponen a dues enquestes diferents: la *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* i la *National Health Interview Survey (NHIS)*. En la primera les dades han estat recollides per medició directa, mentre que en la segona són autodeclarades. Si bé la tendència en el temps és la mateixa, les taxes d'obesitat difereixen significativament, sobretot en el cas de les dones (Figura 1). Sota el meu punt de vista, la diferència observada entre les dades autodeclarades i les mesurades és, suposadament, inherent al fet que la identitat social, com apuntàvem anteriorment (cf.: 2.2.1), ve marcada en gran mesura per l'aparença del cos. En les seves declaracions els individus, i sembla que especialment les dones, tendeixen a aproximar-se al cos socialment valoritzat: més prim i més alt.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Figura 1. Diferència en taxes obesitats als EUA segons dades recollides per mesura directa o autodeclarades



Font: OECD (Sassi, 2010)

La *World Obesity* assenyala que les enquestes realitzades en els diferents països no són estrictament comparables per raó les diferències existents en les dates, el rang d'edat i la metodologia, i adverteix, també, de la inexactitud de les dades autodeclarades⁷². L'informe de l'*Observatorio de la Obesidad* destaca la manca d'una metodologia estandarditzada de recollida i sistematització de la informació en l'àmbit europeu, i la dificultat per assolir una coordinació a nivell internacional i extracomunitari que permeti aconseguir consens i diàleg en aquest sentit (Ortiz i Álvarez-Dardet, 2009). Així doncs, sembla prudent mantenir una certa distància respecte de les dades epidemiològiques.

D'altra banda, els criteris per definir l'excés de pes han estat progressivament inclusius, com succeeix també en altres problemes crònics⁷³. L'OMS va establir el 1998 una classificació més exigent que les anteriors, cosa que ha contribuït a augmentar els percentatges estimats de prevalença (Geoffrey Rose, 1991; Philip T. James *et al.*, 2001; González, 2005). L'Índex de Massa Corporal (IMC) o Índex de Quetelet, indicador simple de la relació entre pes i talla⁷⁴, es considera el mètode de referència per al diagnòstic del sobrepès i l'obesitat en persones adultes. És el més utilitzat en la majoria d'estudis epidemiològics i en la pràctica clínica donada la seva reproductibilitat, facilitat d'utilització i rapidesa, i també perquè és barat. La classificació, segons la proposta de l'OMS (1998) i de la SEEDO (2000)⁷⁵, queda establerta tal com es mostra a continuació (Taula 3).

⁷² <http://www.worldobesity.org/aboutobesity/resources/obesity-data-portal/>

⁷³ Segons els criteris establerts per la SEEDO l'any 1995, l'interval d'IMC 25 -26,9 kg/m² es considerava neutre i era a partir de 27-29,9 kg/m² que es considerava que un individu presentava sobrepès o obesitat grau I. El normopès estava comprès entre 20-24,9 kg/m² (SEEDO, 1996).

⁷⁴ Pes en quilos dividit per la talla en metres al quadrat (kg/m²).

⁷⁵ La SEEDO afegeix un grau adicional d'obesitat per a aquelles persones amb un IMC \geq 50 kg/m²

Taula 3. Classificació del pes corporal segons IMC

Categoria	kg/m ²
Pes insuficient	<18,5
Normopès	18,5-24,9
Sobrepès grau I	25,0-26,9
Sobrepès grau II	27,0-29,9
Obesitat tipus I	30,0-34,9
Obesitat tipus II	35,0-39,9
Obesitat tipus III (mòrbida)	40,0-49,9
Obesitat tipus IV (extrema)	≥ 50

Font: Consenso SEEDO 2007 (Rubio *et al.* 2007)

Tanmateix, existeixen limitacions en la seva utilització, ja que no és un excel·lent indicador d'adipositat ni discrimina el tipus de patró de distribució del teixit gras. Un individu amb una musculatura desenvolupada o aquell que presenta una retenció de líquid podrien ser classificats erròniament en el rang sobrepès-obesitat; de la mateixa manera una persona molt sedentària pot tenir un IMC adequat quan segurament té més greix corporal. D'altra banda, tenint en compte que la composició corporal es modifica amb l'edat, alguns autors han suggerit que els valors per a l'IMC haurien de ser diferents depenent d'aquest factor, ja que l'interval d'IMC considerat normal augmentaria amb l'edat (George A. Bray, Claude Boucard, 1998; Arnaud Basdevant, Bernard Guy-Grand, 2004; Aranceta i Pérez, 2006). Així, l'interès de l'IMC pot estar en permetre estudis descriptius poblacionals, però és limitat en el pla individual. Cal afegir que aquest índex ha esdevingut l'eina normalitzadora amb més poder per classificar a les persones en funció del seu pes corporal i condueix a crear categories artificials dins un mateix continuum, de manera que petites diferències poden desplaçar fàcilment un individu des d'un valor considerat "normal" o "saludable" a un valor "anormal" o "patològic" (Estelle Masson, 2004; Hacking, 2005). Com assenyalàvem anteriorment (cf.: 3.1), aquest acte d'adjudicar un nom o categoria no és neutre, ja que imposa una representació, expressa no només diferències objectives de corpulència, sinó que també tradueix un jutjament d'aquestes diferències; només la categoria "normopès"

(normal) es pot considerar positiva, les altres expressen "l'excés" o "l'insuficient", són negatives i poden esdevenir un estigma (Serge Moscovici, 1999).

Quant a la distribució del teixit gras, l'obesitat abdominal (central o androide) representa major risc per a la salut que l'obesitat perifèrica (o ginoide) o la quantitat absoluta de teixit gras. Es considera que el perímetre o circumferència de la cintura (CC) presenta una bona correlació amb el greix abdominal i és un bon marcador de risc cardiovascular i metabòlic⁷⁶. Es defineix com a valor de risc una CC igual o superior a 102 cm en homes i de 88 cm en dones en població d'origen europeu. L'any 2005 la *International Diabetes Federation* va rebaixar aquestes xifres a 94 cm en homes i 80 en dones (Richard I. Holt, 2005). Alguns autors opinen que la mesura de l'obesitat abdominal ha desplaçat l'IMC com a marcador clínic de risc (Samuel Klein *et al.*, 2007; Xavier Formiguera, 2008). Altres assenyalen que un IMC fins a 27 es pot considerar normal o acceptable si el pes és estable, la distribució és de tipus ginoide i no existeixen factors de risc associats (Aranceta i Pérez, 2006; Montserrat Barbany, 2006; Rubio *et al.*, 2007). Es pot donar el cas, també, que una persona amb un IMC "normal" tingui una CC "patològica". Actualment s'aconsella calcular el risc relatiu de morbimortalitat que comporta l'excés de pes en funció de l'excés de pes (IMC) i la distribució del greix corporal (CC) (Taula 4). Després es determina el risc absolut en funció de la presència d'altres factors de risc o de comorbiditats (antecedents familiars de malaltia cardiovascular, tabaquisme, hipertensió arterial, dislipèmia, alteració de la glucèmia, presència de síndrome metabòlica, etc.) (Bray, Bouchard, 1998; Rubio *et al.* 2007).

⁷⁶ Existeixen altres mètodes d'avaluació del greix corporal mitjançant anàlisi de la composició corporal, com la densitometria hidrostàtica, la impedanciometria bioelèctrica, o mitjançant tècniques d'imatge, com la ressonància magnètica o la tomografia axial computeritzada, entre d'altres, però degut a la seva complexitat tècnica i al seu cost econòmic només s'acostumen a utilitzar en treballs d'investigació. La medició de plecs subcutanis, més barata, presenta molta variabilitat interobservador.

Taula 4. Classificació de risc relatiu de morbimortalitat

	IMC (kg/m ²)	Risc relatiu a partir de la CC	
		Homes ≤ 102	Homes > 102
		Dones ≤ 88	Dones > 88
Normopès	18,5-24,9	---	Lleugerament augmentat
Sobrepès	25,0-29,9	Lleugerament augmentat	Augmentat
Obesitat	30,0-34,9	Augmentat	Alt
	35,0-39,9	Alt	Molt alt
Obesitat mòrbida	≥ 40	Molt alt	Molt alt

Font: Consenso SEEDO 2007 (Rubio *et al.* 2007)

Malgrat que aquests criteris (IMC i CC) són acceptats internacionalment, no sempre són una mesura fiable donada la diversitat de la forma corporal (Bray, Bouchard, 1998; Basdevant, Guy-Grand, 2004). Estudis efectuats en diferents grups ètnics mostren que la relació entre IMC i percentatge de greix corporal és diferent a la observada en poblacions d'origen europeu (Paul Deurenberg, Mabel Deurenberg-Yap, Syafrí Guricci, 2002; Leonard S. Piers, *et al.*, 2003; T. Kue Young *et al.*, 2007; Elaine C. Rush, Ismael Freitas, Lindsay D. Plank, 2009; OECD, 2013). Investigadors asiàtics van proposar un sistema de classificació alternatiu per a l'IMC i la CC per a algunes poblacions de zona d'Àsia i del Pacífic (WHO/IASO/ IOTF, 2000; James *et al.*, 2001).

Sense pretensió d'exhaustivitat, que no és objectiu d'aquest treball, a continuació presentaré algunes dades epidemiològiques existents sobre la situació actual de sobrepès i obesitat a nivell internacional i, especialment, a Espanya i a Catalunya. D'acord amb les últimes informacions de què es disposa, la prevalença és molt variable entre països i en el si d'una mateixa societat. Alguns països com per exemple el Japó, l'Índia, Corea del Sud o algunes societats africanes presenten una prevalença d'obesitat (IMC >30 kg/m²) inferior al 5%, mentre que d'altres, com Mèxic, o els Estats Units estan per sobre del 32%. Destaquen alguns països de l'Àsia Occidental com és el cas de Kuwait i Qatar amb xifres al voltant del 40%, i de la Polinèsia com Samoa i Tonga on la taxa d'obesitat s'acosta al 50% o el supera, especialment entre les dones (Taula 5).

Taula 5. Prevalença d'obesitat (>30 kg/m²)

Països	Data	Edats	IMC >30
Tonga	1998-2000	15-85	58,45
Samoa	1995	29+	47,95
Kuwait	2006	20-64	42,15
Qatar	2003	25-65	39,95
Estats Units	2011-2012	20+	34,55
Mèxic	2012	20+	32,15
Japó	2000	20+	2,85
Uganda	2011	15-49	2,4
Corea del Sud	1998	15-79	2,3
Índia	2005-2006	15-49	2,05
Rwanda	2010	15-49	1,2

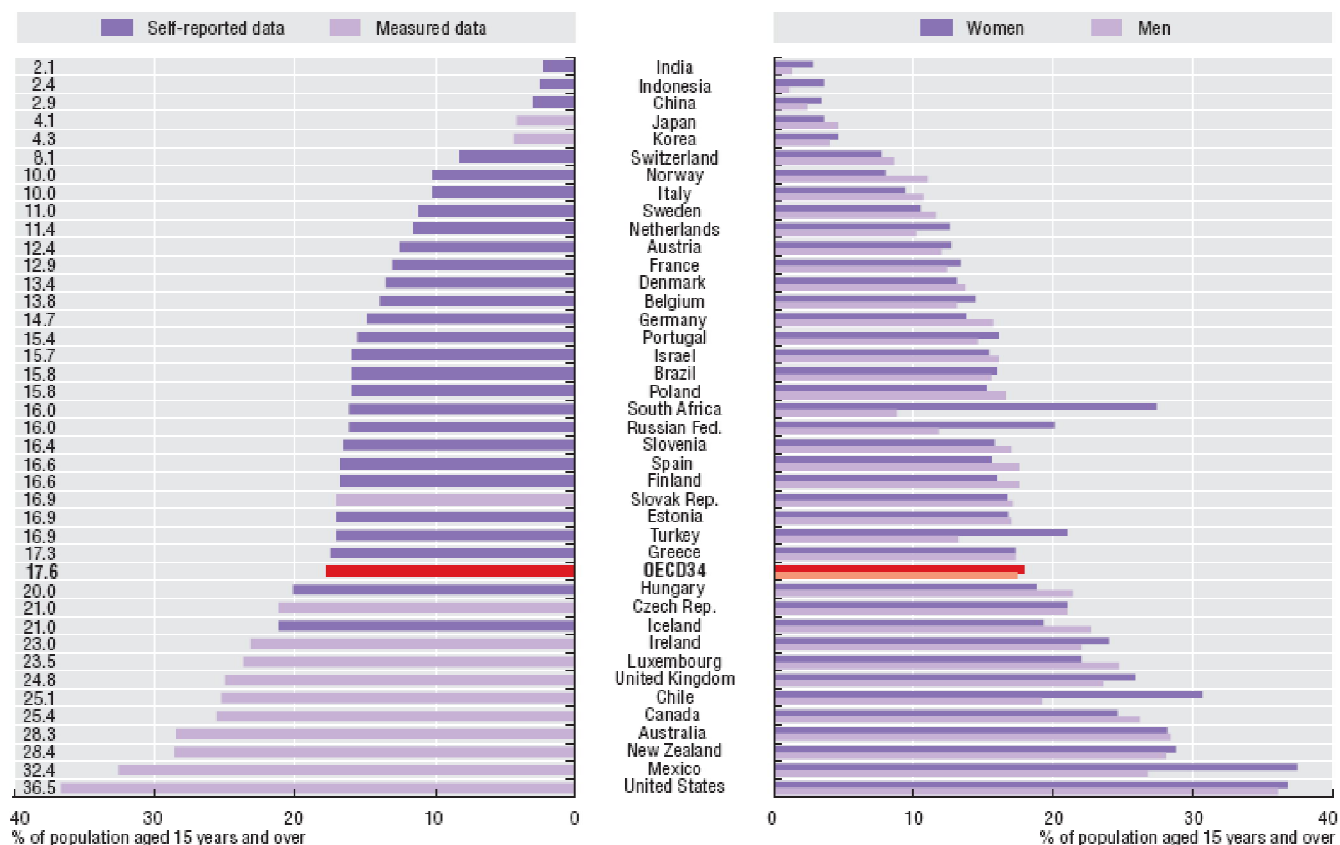
Font: World Obesity Federation, 2014.

L'OECD⁷⁷ informa que el 52'6% de la població adulta dels països membres presenta sobrepès o obesitat, i puntualitza que en aquells països on les dades es van recollir per medicació directa la proporció és més elevada, arribant al 55,6%. En 20 dels 34 països que pertanyen a l'OECD la prevalença de sobrepès i obesitat supera el 50%. Si parlem només d'obesitat, la mitjana és del 18%, encara que varia molt entre països. En la majoria d'ells les taxes de sobrepès són superiors en els homes, mentre que les d'obesitat són similars en homes i en dones, si bé en alguns països com és el cas de Mèxic, Turquia o Xile és més freqüents en les dones (Figura 2). En l'última dècada la prevalença d'obesitat ha augmentat en tots els països de l'OECD (OECD, 2013) (Figura 3).

⁷⁷ L'any 1960, 20 països van firmar el conveni de l'*Organisation for Economic Co-operation and Development*. Des de llavors, 14 països més han entrat a formar part de l'Organització. Estats membres: Alemanya, Austràlia, Àustria, Bèlgica, Canadà, Corea del Sud, Dinamarca, Eslovàquia, Eslovènia, Espanya, Estats Units, Estònia, Finlàndia, França, Grècia, Hongria, Irlanda, Islàndia, Israel, Itàlia, Japó, Luxemburg, Mèxic, Noruega, Nova Zelanda, Països Baixos, Polònia, Portugal, Regne Unit, República Txeca, Suècia, Suïssa, Turquia i Xile.

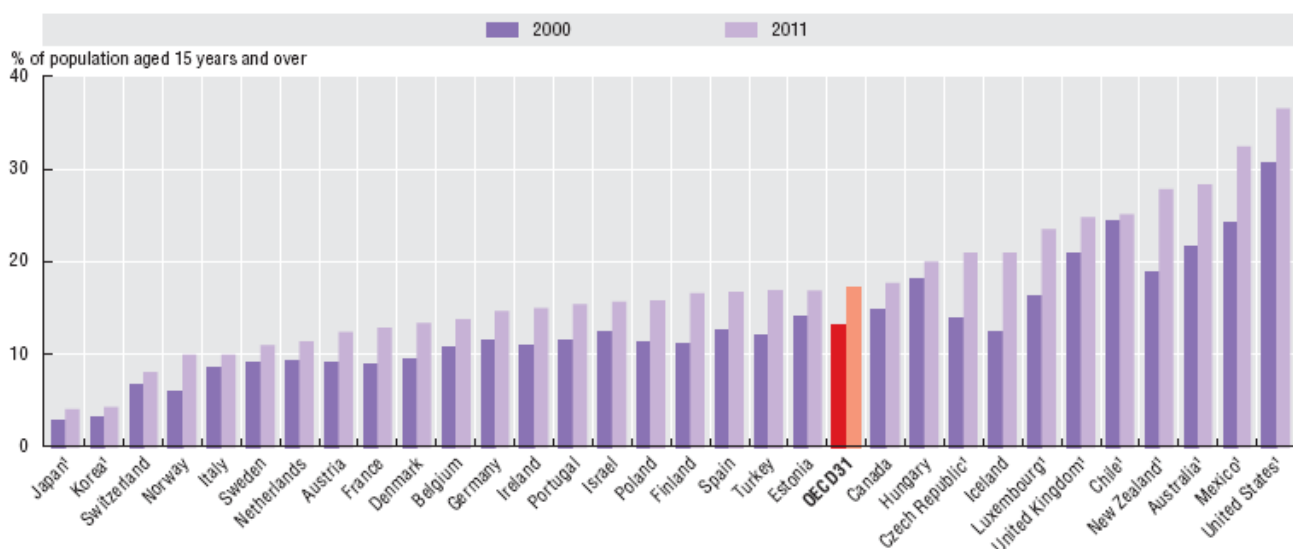
PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Figura 2. Obesitat en adults en països de l'OECD, 2011 (o any més recent)



Font: Health at a Glance 2013. OECD indicators

Figura 3. Increment d'obesitat en adults en països de l'OECD (2000 i 2011)



Font: Health at a Glance 2013. OECD indicators.

Com hem vist, en l'actualitat els EUA i Mèxic es troben entre els països amb major prevalença d'obesitat en població adulta. En el cas dels EUA, segons les últimes dades

del *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES)⁷⁸ de 2011-12, més d'una tercera part dels adults de 20 anys i més (34,9%) són obesos i un 33,6% presenten sobrepès. La prevalença d'obesitat en adults gairebé no va canviar entre 1960-1962 i 1976-1980 i es va duplicar entre aquest últim període i el 1999-2000. A partir d'aquesta data l'obesitat ha continuat augmentant però els canvis han estat molt menys significatius. En 2011-2012 s'observa una lleugera disminució respecte del període 2009-2010, però encara superior als cicles anteriors. Respecte al sobrepès, aquest s'ha mantingut bastant estable al llarg del temps. Les dones sempre han estat i continuen estant més obeses que els homes, si bé en els últims anys la xifra d'obesitat entre les unes i els altres no difereix significativament. La prevalença de sobrepès sempre ha estat superior en els homes. Cal destacar que l'obesitat és més freqüent en la població negra i hispana, especialment entre les dones negres amb un 56,6%. Respecte a l'edat, la prevalença d'obesitat és més elevada en les dones de mitjana edat (40-59 anys) i en les de 60 anys i més; en els homes aquesta major prevalença es dona en els de mitjana edat (Cynthia L. Ogden i Margaret D. Carroll, 2010; Flegal *et al.*, 2012; Ogden *et al.* 2012, 2013 i 2014). Les tendències en sobrepès i obesitat des de 1988-1994 fins a 2011-2012 es mostren a continuació (Taula 6).

Taula 6. Comparació de dades recollides per la NHANES en adults de 20 anys i més entre 1988 i 2012

IMC	NHANES III 1988-1994	NHANES 1999-2000	NHANES 2001-2002	NHANES 2003-2004	NHANES 2005-2006	NHANES 2007-2008	NHANES 2009-2010	NHANES 2011-2012
Sobrepès 25,0-29,9	33,1	34,0	35,1	34,1	32,7	34,2	33,1	33,6
Obesitat 30,0-39,9	22,9	30,5	30,6	32,2	34,3	33,8	35,7	34,9
Ob. mòrbida ≥ 40	2,9	4,7	5,1	4,8	5,9	5,7	6,3	---*

*Dada no disponible

Font: Ogden i Carroll, 2010; Flegal *et al.*, 2012; Ogden *et al.*, 2012, 2013 i 2014.

⁷⁸ Sèries cronològiques NHANES: és un programa del National Center for Health Statistics (NCHS), que forma part dels Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (U.S. Department of Health and Human Services). Es van iniciar l'any 1960: NHES I 1960-1962, NHANES I 1971-1974, NHANES II 1976-1980, NHANES III 1988-1994; a partir de l'any 1999 es realitzen cicles d'estudi de 2 anys: NHANES 1999-2000, NHANES 2001-2002, NHANES 2003-2004, NHANES 2005-2006, NHANES 2007-2008, NHANES 2009-2010 i NHANES 2011-2012.

A Mèxic les tendències de sobrepès i obesitat en les enquestes nacionals mostren un increment constant de prevalença al llarg del temps. Els resultats de la *Encuesta Nacional de Salud* (ENSA) de 2000 van mostrar una prevalença d'obesitat del 23,7% i un sobrepès del 38,4% en població de 20 anys i més. Les dades obtingudes en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT) de 2006 assenyalaven que aproximadament un 30% dels adults de més de 20 anys presentaven obesitat i quasi un 40% sobrepès. En l'actualitat, segons la ENSANUT de 2012, l'obesitat afecta a un 32% dels individus de més de 20 anys i el sobrepès al 39%. L'obesitat ha augmentat durant aquests anys, si bé en el període entre 2006 i 2012 la velocitat d'increment ha estat menor que entre el 2000 i el 2006. Sembla que el sobrepès s'ha mantingut més estable. En relació a la edat, la major prevalença de sobrepès i obesitat s'observa entre els 40 i 59 anys. Els homes presenten xifres més elevades de sobrepès. Les dones tenen un major percentatge d'obesitat, sobretot entre els 50 i 59 anys, i és més comú entre aquelles amb escassos recursos i nivell educatiu baix (Gustavo Olaiz *et al.*, 2003; Olaiz-Fernández *et al.*, 2006; Juan Pablo Gutiérrez *et al.*, 2012).

Aquest increment de pes es constata també en altres països. Per exemple, a la Xina les taxes de sobrepès s'han doblat, passant del 13,5% al 27,7% entre 1991 i 2006; el nombre de persones obeses, malgrat que representa una petita proporció, s'ha triplicat en el mateix període de temps (Yang Lu, Dana Goldman, 2010). Al Brasil l'obesitat s'ha triplicat entre els homes i quasi doblat entre les dones entre 1975 i 2003. Actualment un 51% de la població té excés de pes i d'aquests un 17,4% són obesos (16,5% homes i 18,2% dones) (Carlos A. Monteiro, Wolney L. Conde i Barry M. Popkin, 2007; EASO, 2014). A Austràlia el sobrepès i l'obesitat també han augmentat de manera constant durant els últims anys. Segons les últimes dades de 2011-2012, el 63,4% dels australians de 18 anys i més presenten excés de pes (35,0% sobrepès i 28,3% d'obesitat). Els homes tenen més excés de pes que les dones; els adults entre 65 i 74 anys són els que presenten un pes més elevat (Australian Bureau of Statistics, 2012). A Canadà en només 7 anys, entre 2005 i 2012, l'obesitat ha passat del 16,9% al 18,7% entre els homes, i del 14,7% al 18,0% entre les dones. El 59,9% dels homes i el 45% de les dones actualment tenen sobrepès o obesitat (EASO, 2014).

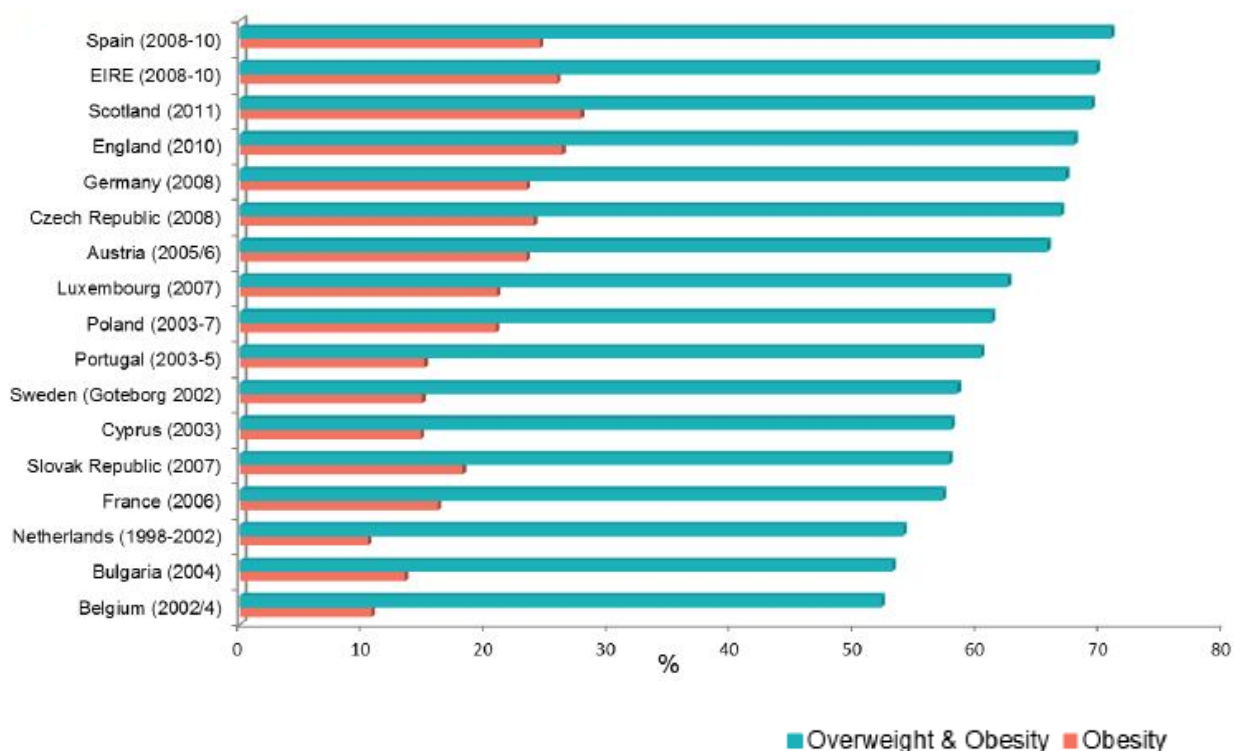
Respecte a Europa, encara que també s'ha observat un increment continu de l'excés de pes, la prevalença és inferior a les descrites, per exemple, als EUA i a Mèxic (OECD, 2010). La proporció de persones obeses o amb sobrepès varia molt entre països. Cal destacar la dificultat d'establir comparacions degut a l'extraordinària variabilitat en les metodologies emprades i la diversitat de les mostres. Segons les últimes dades, Anglaterra es troba entre els països amb major nombre de persones amb excés de pes. L'any 1986 un 17% d'homes i un 12% de dones eren obeses. Actualment, el 24,4% dels homes i el 25,1% de les dones són obesos, i el 66,6% del homes i el 52,7% de dones tenen sobrepès o obesitat (Health and Social Care Information Center, 2014; EASO, 2014). A Escòcia les xifres de sobrepès i obesitat són similars a les d'Anglaterra (World Obesity, 2014)⁷⁹. Com veurem en el proper paràgraf, Espanya es situa entre els països europeus amb un percentatge elevat de persones amb sobrecàrrega ponderal; la suma de sobrepès i obesitat en els homes es troba entre les més altes d'Europa. A Alemanya les xifres també són elevades, amb un percentatge similar d'obesitat entre homes i dones, 23,3% i 23,9%, respectivament, mentre que el sobrepès és bastant més elevat entre els homes (43,8%) que entre les dones (29%). França presenta una prevalença més baixa d'obesitat, 14,3% en el homes i 15,7% en les dones; destaca un 40% de sobrepès en els homes (ObEpi-Roche, 2012). Altres països com els Països Baixos, Bèlgica o Itàlia tenen una prevalença d'obesitat inferior, al voltant del 10% tant en homes com en dones. En tots ells destaca el sobrepès entre els homes, que es situa aproximadament en un 41-45%, mentre que en les dones representa el 28-29% (EASO, 2014; World Obesity, 2014). Si bé les estimacions suggereixen que l'obesitat i el sobrepès han augmentat en tots els nivells educatius i socioeconòmics, les dades consultades coincideixen en què les dones que pertanyen a grups socioeconòmics desfavorits i amb un baix nivell educatiu són més propenses a presentar sobrepès o obesitat.

A les figures 4 i 5 s'observa un combinat de sobrepès i obesitat ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) i obesitat ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) en alguns països d'Europa, seleccionats en funció de la idoneïtat i la disponibilitat de dades.

⁷⁹ http://www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/Overweight_and_obesity_in_European_Adults.pdf

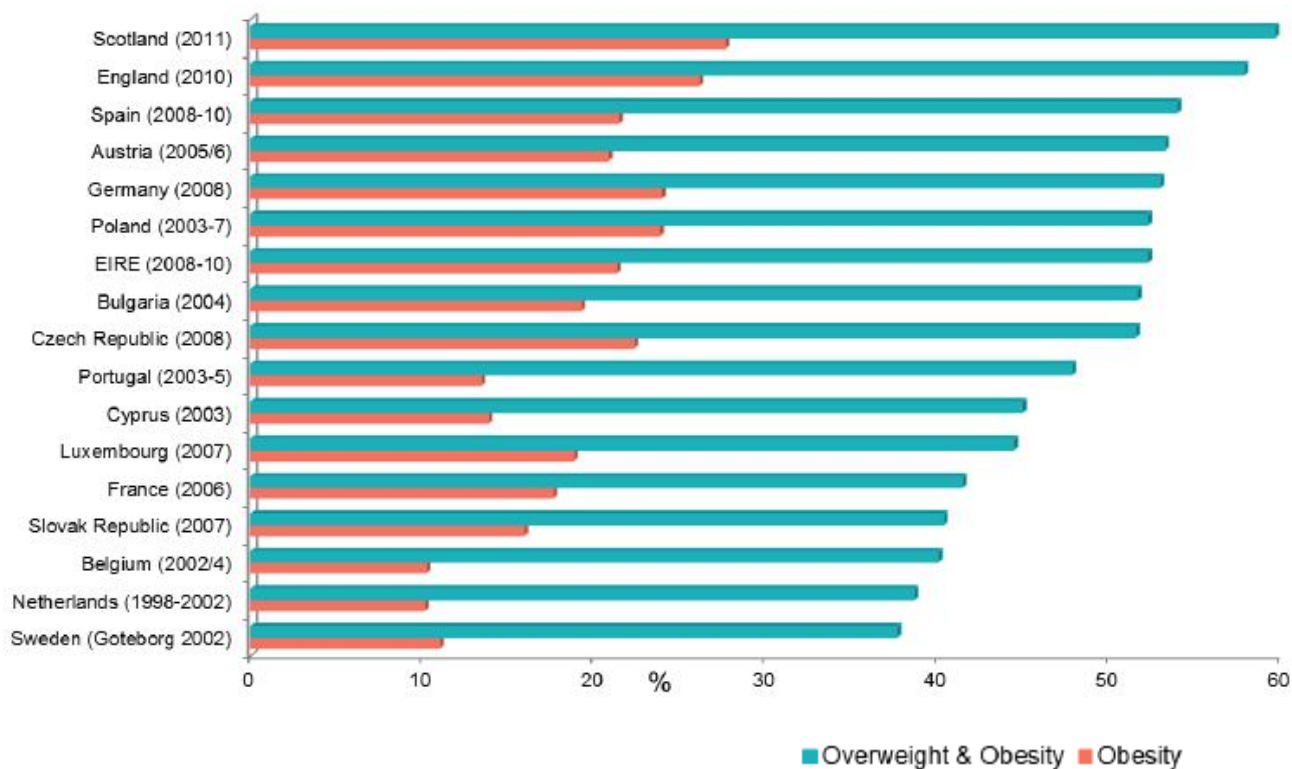
PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Figura 4. Sobrepès i obesitat en homes adults a Europa



Font: World Obesity, 2014

Figura 5. Sobrepès i obesitat en dones adultes a Europa



Font: World Obesity, 2014

Pel que fa a Espanya, segons els experts el sobrepès i l'obesitat estan assolint xifres preocupants, i en estudis comparatius amb països europeus del nostre entorn es situa entre aquells amb un major percentatge d'excés de pes⁸⁰. No obstant, si bé la tendència és ascendent, les xifres que ofereixen les diferents fonts varien, principalment, en funció de la metodologia emprada. En el conjunt d'adults espanyols, la informació sobre la freqüència de sobrepès i obesitat procedeix, d'una banda, de dades poblacionals provinents de les *Encuestas Nacionales de Salud de España* (ENSE) realitzades periòdicament des de l'any 1987 pel *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (MSSSI)⁸¹, d'altra banda, de dades que deriven de diversos estudis epidemiològics.

L'ENSE de 1987 assenyalava una prevalença d'obesitat del 7,8% en població de 20 anys i més (Juan L. Gutiérrez-Fisac, Enrique Regidor i Carmen Rodríguez, 1994). Estudis posteriors (ENSE 2001, ENSE 2003, ENSE 2006, EES09⁸² i ENSE 2011-12) mostren una línia ascendent tant en homes com en dones de 18 anys i més. Tot i que l'evolució ha estat positiva des de l'any 1987, segons les dades aportades per aquests estudis l'increment d'obesitat i sobrepès ha estat menys important en el decurs dels últims anys (Taula 7). En tots aquests estudis el pes i la talla són autodeclarats.

⁸⁰ No és objectiu d'aquest treball l'obesitat en nens i adolescents, tanmateix cal assenyalat que les taxes de sobrepès i obesitat en aquestes franges d'edat es troben entre les més altes d'Europa, especialment entre els nois.

⁸¹ El treball de camp va ser realitzat pel Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) fins l'any 2001 (1987, 1993, 1995, 1997 i 2001) i posteriorment per l'Instituto Nacional de Estadística (INE) (2003, 2006 i 2011/12).

⁸² Encuesta Europea de salud en España 2009: Espanya es va sumar l'any 2009 al grup de països que han realitzat aquesta primera edició de la *European Health Interview Survey*, que serà obligatòria en tots els països de la Unió Europea en la pròxima edició, prevista per a l'any 2014, sota el Reglament del Consell i Parlament Europeu. Respon a la necessitat de mesurar de manera homogènia i comparable les dades aportades pels diferents països membres de la Unió Europea. A Espanya la EES09 la realitza l'Instituto Nacional de Estadística (INE) amb la col·laboració de l'Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI).

www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf

Taula 7. Dades de sobrepès i obesitat en població adulta espanyola recollides en les ENSE i en la EES09

Estudi i any	Edats	Obesitat %			Sobrepès %		
		Total	Dones	Homes	Total	Dones	Homes
ENSE 1987*	20 anys i més	7,8	8,4	7,3	---	---	---
ENSE 1993**	18 anys i més	9,54	9,68	9,4	36,5	28,47	44,27
ENSE 1995**	18 anys i més	11,29	11,81	10,82	36,35	28,33	43,8
ENSE 1997**	18 anys i més	13,07	13,09	13,05	31,45	23,16	40,24
ENSE 2001**	18 anys i més	13,43	14,31	12,55	37,39	29,05	45,69
ENSE 2003**	18 anys i més	13,32	13,61	13,01	35,91	28,03	44,22
ENSE 2006**	18 anys i més	15,56	15,44	15,68	37,8	30,35	45,06
EES09**	18 anys i més	16,00	14,71	17,31	37,65	29,85	45,53
ENSE 2011-12**	18 anys i més	17,03	16,04	18,01	36,65	28,14	45,14

Font: *Juan L. Gutiérrez-Fisac, Enrique Regidor i Carmen Rodríguez, 1994

** Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, 2013

Altres estudis mostren també la prevalença d'obesitat i sobrepès en adults espanyols. L'estudi SEEDO'97, agregant dades d'estudis epidemiològics nutricionals duts a terme en 4 comunitats autònomes (País Basc, Madrid, Catalunya i València) entre 1989 i 1994, mostra les xifres de sobrepès i obesitat en individus de 25 a 60 anys (Aranceta *et al.*, 1998). L'estudi SEEDO 2000 recull informació d'estudis realitzats entre 1990 i 2000 en 8 comunitats autònomes (Andalusia, Balears, Canàries, Catalunya, Galícia, Madrid, País Basc, i Comunitat Valenciana), també en població de 25 a 60 anys (Aranceta *et al.*, 2003b). En el Consens 2007 la SEEDO va presentar les dades recollides a l'estudi DORICA sobre factors de risc cardiovascular en població de 25 a 64 anys, a partir dels estudis realitzats a les 8 comunitats autònomes citades anteriorment i també a la Regió de Múrcia, entre el 1990 i 2000 (Aranceta *et al.*, 2004; Rubio *et al.*, 2007). Més recentment s'han presentat els resultats de l'*Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular* (ENRICA), promogut per la companyia farmacèutica Sanofi-Aventis amb

el patrocini del MSSSI i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, realitzat en població adulta de 18 anys i més entre 2008 i 2010. En aquest últim estudi, també es va mesurar la CC per conèixer la prevalença d'obesitat abdominal (OA), que va ser del 35,5% (39,2% en dones i 31,7% en homes) (Gutiérrez-Fisac, *et al.*, 2012). A diferència de les ENSE, en tots aquest estudis la pes i la talla han estat recollits per medicació directa. La següent taula mostra la prevalença d'obesitat i sobrepès segons els estudis esmenats (Taula 8).

Taula 8. Dades de sobrepès i obesitat en població adulta espanyola recollides en diferents estudis

Estudi i any	Edats	Obesitat %			Sobrepès %		
		Total	Dones	Homes	Total	Dones	Homes
SEEDO'97* (1989-1994)	25-60	13,4	15,2	11,5	39,4	31,6	47,4
SEEDO 2000** (1990-2000)	25-60	14,5	15,7	13,3	39	32	45
DORICA*** (1990-2000)	25-64	15,5	17,5	13,2	39,2	32,9	46,4
ENRICA**** (2008-2010)	18 i més	22,9	21,4	24,4	39,4	32,5	46,4

Font: *Aranceta *et al.*, 1998; **Aranceta *et al.*, 2003b; ***Aranceta *et al.*, 2004; Rubio *et al.*, 2007; **** Gutiérrez-Fisac, *et al.*, 2012

Observem algunes variacions importants en les xifres aportades pels diversos estudis realitzats a Espanya. Com hem comentat, es fa difícil establir comparacions degut a les diferències apuntades anteriorment, com franja d'edat, dades autodeclarades o mesurades, o data de realització de l'estudi. Així, veiem com la freqüència d'obesitat, i també de sobrepès, són substancialment inferiors quan el pes i la talla són autodeclarats. Tot i que el percentatge de persones obesas ha augmentat des de l'any 1987, segons les dades publicades per l'ENSE l'increment ha estat menys acusat des del 1997. En aquest sentit, criden l'atenció les dades derivades de l'estudi ENRICA 2008-10, que dona xifres bastant superiors a las aportades pels estudis EES09 i ENSE 11-12, tot i tenint en compte que les primeres són mesurades i les segones autodeclarades; en aquests estudis les franges d'edat estudiades són les mateixes.

L'obesitat ha seguit una línia ascendent en ambdós sexes, més marcada en els homes en els darrers anys. Actualment la prevalença d'obesitat a Espanya és més alta en els homes que en les dones, excepte a partir dels 65 anys. De tota manera, segons mostra l'estudi ENRICA, l'obesitat mòrbida és més freqüent en les dones (1,8%) que en els homes (0,6%). També l'OA es major entre les dones, en totes les franges d'edat i especialment a partir del 65 anys (Gutiérrez-Fisac *et al.*, 2012). Quant al sobrepès, aquest s'ha mantingut relativament estable a llarg dels anys, i sempre més elevat entre els homes, aspecte en què coincideixen tots els estudis. En ambdós sexes la sobrecàrrega ponderal augmenta amb l'edat i comença a decreixer a partir del 74 anys, de manera més acusada entre els homes. Cal destacar que les dades de l'estudi ENRICA mostren que la prevalença d'obesitat general (22,9%) és inferior a l'OA (35,5%), cosa que posa de manifest que persones no qualificades com a obeses segons l'IMC presenten OA i, suposadament, un major risc de síndrome metabòlica (hipertensió arterial, dislipèmia, intolerància a al glucosa i DM). Tampoc totes les persones obeses presenten obligatòriament OA. Tots els estudis també coincideixen en assenyalar que la freqüència d'obesitat disminueix en augmentar el nivell d'ingressos i el nivell educatiu, especialment entre les dones. Per exemple, segons l'estudi ENRICA, un 29% de dones amb estudis primaris o inferiors van presentar obesitat, front a només un 11% de les que tenien estudis universitaris. D'altra banda, existeixen importants variacions geogràfiques quant a la prevalença d'obesitat. Les comunitats autònomes amb major proporció de persones obeses són les del sud, les del sud-est i les del nord-oest peninsular i les Illes Canàries. Catalunya és manté en una posició intermèdia-baixa en el conjunt estatal (Gutiérrez-Fisac *et al.*, 2012; ENSE, 2011-12).

A Catalunya les dades de sobrepès i obesitat provenen principalment de les *Enquestes de Salut de Catalunya* (ESCA), instrument del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya) que té com a objectiu aportar informació rellevant per tal d'establir i avaluar la política sanitària. Aquestes enquestes es venen realitzant de manera periòdica des de l'any 1994 (edicions 1994, 2002 i 2006) i de manera continua des del 2010 (recollida ininterrompuda de la informació i tancament en onades semestrals). El Departament de Salut va dur a terme els anys 1992-1993 l'*Enquesta Nutricional de*

Catalunya (ENCAT-92) i una segona edició els anys 2002-2003 (ENCAT-02) amb l'objectiu d'analitzar els canvis produïts en els hàbits alimentaris i l'estat nutricional de la població catalana; es va avaluar també la prevalença de sobrecàrrega ponderal.

En els estudis ENCAT 1992-1993 i 2002-2003, les tendències ponderals en la població de 18 a 75 anys indiquen un important increment de l'obesitat en els homes, abans inferior que en les dones, mentre que en aquestes augmenta només lleugerament; el sobrepès és manté bastant estable en aquest període de temps (Taula 9). En aquests dos estudis el pes i la talla es van obtenir per mesura directa (Lluís Serra Majem, *et al.* 2007).

Taula 9. Dades de sobrepès i obesitat en població adulta catalana recollides en les ENCAT 92 i 02

Estudi any	Edats	Obesitat %			Sobrepès %		
		Total	Dones	Homes	Total	Dones	Homes
ENCAT -92	18-75	12,4	15	9,9	36,6	29,1	44,1
ENCAT-02	18-75	15,9	15,2	16,6	36,9	30,1	43,7

Font: Serra Majem *et al.*, 2007

La informació procedent de la ESCA de 1994 no fa referència al pes corporal. En els estudis posteriors apareix el pes i la talla en població de 18 a 74 anys, excepte en l'ESCA 2010 que és de 19 a 74 anys. Les dades de l'ESCA 2002 (Examen de salut) es van recollir per mesura directa. En l'ESCA 2006 apareixen dades mesurades (Examen de salut) i també autodeclarades (Enquesta de salut), cosa que permet observar el biaix existent entre totes dues. En totes les ESCA posteriors el pes i la talla són autodeclarats (Taula 10).

Taula 10. Dades de sobrepès i obesitat en població adulta catalana recollides en les ESCA de 2002 a 2013

Estudi i any	Edats	Obesitat %			Sobrepès %		
		Total	Dones	Homes	Total	Dones	Homes
ESCA 2002* dades mesurades (a)	18-74	16,6	19,1	14,3	39	28,3	49,3
ESCA 2006* dades mesurades (a) dades autodeclarades (b)	18-74	16,5	15,8	17,3	39,6	32,2	46,7
		12,7	12,3	13,0	36,0	28,0	43,9
ESCA 2010** dades autodeclarades (b)	19-74	12,0	10,9	13,0	35,1	26,9	43,3
ESCA 2011** dades autodeclarades (b)	18-74	13,9	similar ambdós sexes		36,3	28,7	43,7
ESCA 2012** dades autodeclarades (b)	18-74	13,8	12,4	15,2	35,2	27,7	42,5
ESCA 2013** dades autodeclarades (b)	18-74	14,2	14,0	14,4	34,3	26,8	41,8

(a) Examen de Salut de Catalunya

(b) Enquesta de Salut de Catalunya

Font:* Generalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010: informe de salut a Catalunya, 2009

**Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya. Informe dels principals resultats. 2010, 2011, 2012 i 2013

Sorpren la diferència observada en les dades aportades per l'ENCAT-02 i l'ESCA 2002, en tots dos estudis mesurades, pel que fa referència a les xifres d'obesitat en les dones i de sobrepès en els homes. D'altra banda, si comparem les dades mesurades de l'Examen de salut ESCA 2002 i 2006 s'observa un lleuger increment de la prevalença de sobrepès i un manteniment de l'obesitat. Finalment, comparant els valors declarats pels enquestats de 2006 a 2013, l'increment d'obesitat és del 1,5%, mentre que els valors de sobrepès tendeixen a disminuir. Entre 2012 i 2013 l'augment d'obesitat ha estat inferior, d'un 0'4%.

En tots els estudis el percentatge de persones amb obesitat i sobrepès és superior en els homes, excepte en l'ENCAT-92 i l'ESCA 2002 que donen xifres d'obesitat superiors en les dones. A mesura que avança l'edat, en tots dos sexes, s'observen prevalences més altes de sobrepès i obesitat. En els últims anys, entre els homes la franja d'edat

amb més sobrecàrrega ponderal ha estat la de 45 a 64 anys, disminuint a partir dels 65 anys. En les dones s'ha observat un increment de pes a partir dels 45 anys, que continua augmentant en la franja de 65 a 74 anys. Cal recordar que alguns autors han suggerit que l'interval d'IMC considerat normal augmentaria amb l'edat (cf.: 4.2), cosa que podria explicar, en part, aquesta major prevalença de sobrecàrrega ponderal en persones grans. El percentatge de població amb sobrepès i obesitat és superior en les classes socials més desfavorides i entre les persones amb menys estudis, sobretot entre la població femenina.

Existeixen més estudis en relació a la prevalença de sobrepès i obesitat, que es poden consultar en diferents bases de dades, però que no citaré per evitar una major variabilitat de resultats. Fins aquí, he fet referència aquells que considero més significatius. Al meu entendre, la diversitat de fonts i xifres plantegen interrogants en relació a les generalitzacions fetes sobre la magnitud del problema i la seva homogeneïtat en la literatura biomèdica. Si bé l'augment de la sobrecàrrega ponderal és un fet demostrat, aquest no ha estat lineal ni ha afectat a tothom per igual, l'edat, el sexe, la classe social o la procedència geogràfica semblen tenir un pes específic en la seva aparició.

Finalment, assenyalar que aquests estudis epidemiològics, com hem vist, utilitzen mesures com prevalença o incidència per quantificar l'obesitat i els seus efectes sobre la salut, per fer inferències a nivell poblacional i proveir de les bases per desenvolupar i avaluar les intervencions dels serveis de salut, però no tenen en compte altres instruments d'avaluació que permetin una visió més holística i comprensiva del problema. Com veurem en els propers apartats, la inclusió de la perspectiva de diversos actors socials, concretament de professionals del món sanitari i de persones diagnosticades de sobrepès o obesitat, resulta pertinent per construir una visió més completa i complexa, per retre compte de relacions, heterogeneïtats, experiències o conflictes.

4.3. L'obesitat com a malaltia: l'opinió dels professionals

“El forzar nuestra máquina metabólica a contrapelo no es el mejor modo, precisamente, de acabar con nuestros problemas metabólicos... Es importante meditar sobre el sentido y viabilidad real de los tratamientos contra la obesidad antes de aplicarlos, no sea que ocasionemos más daño al aplicarlos que el que se podría producir caso de no hacer nada. ”

(Marià Alemany, 1996: 41)

Malgrat que la majoria de professionals, com veurem, sostenen que l'obesitat és una malaltia, parlar de diagnòstic, causes, tractaments o prevenció suscita una gens menyspreable problemàtica degut a la seva multicausalitat, a la manca de coneixements suficients sobre la seva etiopatogènia o sobre els mecanismes íntims que regulen el pes corporal, si bé en els últims anys s'han fet progressos en aquest terreny, o a les moltes dificultats que planteja el seu tractament en la clínica diària i que, sovint, es tradueix en fracassos i decepcions tant per a les persones amb excés de pes com per als professionals que les tracten. Com hem vist, la sobrecàrrega ponderal pot afectar de diferent manera segons el context geogràfic o cultural, la classe social, l'edat o el sexe de la persona. Però, com expliquen Gracia i Comelles (2007), la retòrica biomèdica es fixa en allò que coneix, és a dir en la història i les manifestacions clíniques, en el diagnòstic basat quasi exclusivament en el criteri d'excés de pes i en l'orientació terapèutica del pacient singular, recolzats en programes o protocols de prevenció i intervenció específics i bastant rígids. Articular l'experiència clínica, el cas concret, amb processos complexos vinculats al context social i cultural és difícil per al clínic, cosa que impedeix una anàlisi profunda dels efectes del sistema sobre els individus i, al meu parer, de la seva més que probable influència en l'aparició de diversos trastorns, com és el cas de l'obesitat. Per això, la biomedicina se sent segura front a malalties molt arrelades a causalitat biològica, però desconcertada davant

d'aquelles que només parcialment poden reduir-se a aquest origen. Tenint en compte aquesta etiologia multifactorial i encara força desconeguda de l'obesitat, i que no existeix només un tipus de persones obeses, resulta sorprenent la seguretat amb que alguns clínics estableixen pautes de prevenció o tractament que, com argumenta Alemany (2000), responen més al voluntarisme i al "raonament deductiu" (i, afegeixo, en alguns casos a interessos econòmics), que al coneixement real del problema, de les seves causes i, si és el cas, dels mecanismes a utilitzar per a la seva solució. Això no significa que en alguns casos no s'aconsegueixi un reducció de pes que, encara que modesta, pugui comportar beneficis per a la persona. En tot cas, com expressa Alemany, valdria la pena determinar si s'ha d'actuar o no, i en cas afirmatiu com i fins a qui punt, considerant sempre en quina mesura el tractament o les restriccions a què la persona s'ha de sotmetre milloraran la seva salut i qualitat de vida. Veiem que n'opinen els professionals sanitaris.

Com he assenyalat anteriorment, estar gras ha esdevingut sinònim d'estar malalt. Aquest estatus de l'obesitat en tant que patologia s'ha imposat entre els professionals de la salut. La majoria d'aquells a qui hem entrevistat opinen que actualment es pot considerar com una epidèmia i la defineixen com a malaltia crònica, és a dir de llarga durada⁸³, que comporta un important risc per a la salut:

"Malaltia crònica, metabòlica, que es caracteritza per un augment de la grassa corporal i ve marcada per l'IMC superior a 30, amb molta comorbiditat, hipertensió, diabetis, dislipèmia, malaltia cardiovascular, síndrome de l'apnea de la son....És una epidèmia creixen, molt creixent!" (Metgessa endocrinòloga 1)

"Un excés de greix que perjudica la salut, una malaltia crònica, sí, totalment. És COM una epidèmia, no podem dir que és una epidèmia perquè no és una cosa

⁸³ La paraula "crònic" etimològicament deriva del del llatí *chronicus*, que a la vegada prové del grec *khrōnikós* χρονικός "relatiu al temps".

El diccionari defineix "crònic" com: "de llarga durada" (Institut d'Estudis Catalans. Diccionari de la Llengua Catalana. Barcelona: Edicions 62, 1995).

Per aprofundir en relació al concepte, experiència i gestió de la cronicitat es pot consultar Lina Masana (2013).

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

infecciosa, però és com una epidèmia, sí, que va en augment, cada vegada més i que a més a més en aquests moments no veiem un fre, no veiem un moment en què s'acabi això, va augmentant, va augmentant, va augmentant, i suposo que arribarà un moment que arribarà a aturar-se, segur, però de moment..." (Metge expert obesitat)

Només un metge introdueix alguns matisos i, fins i tot, accepta que l'obesitat pot no ser una malaltia, opinió molt minoritària en el nostre context medicalitzat:

"L'obesitat més que una malaltia és una síndrome, inclou moltes malalties i és difícil trobar-la de forma aïllada. Un obès que només tingui obesitat, no és un malalt." (Metge de família)

S'insisteix també en el perill que pot suposar un sobrepès i en la necessitat de controlar-lo, però si bé existeix unanimitat respecte a la consideració de l'obesitat com a malaltia i als problemes per a la salut que d'ella se'n poden derivar, en el cas del sobrepès els criteris són més ambigus. Hem vist en l'apartat anterior que alguns autors consideren que un sobrepès moderat sense CC patològica, de distribució ginoide o sense factors de risc associats es pot considerar normal, si bé creuen que la visita mèdica és obligatòria (Aranceta i Pérez, 2006; Montserrat Barbany, 2006; Rubio *et al.*, 2007). Altres opinen que s'ha augmentat innecesàriament l'alarma respecte al sobrepès (Flegal *et al.*, 2005 i 2007; Abel Romero-Corral *et al.*, 2006). D'altra banda, sovint en contextos col·loquials, però també en contextos científics, s'associa en un mateix continuum sobrepès i obesitat, cosa que dóna com a resultat l'equiparació entre aquest dos termes i fa que problemes associats a l'obesitat es puguin extrapolar al sobrepès, amb el consegüent augment de la preocupació pel pes i la recerca, a vegades exagerada, d'un cos prim (Alemany, 1996 i 2000; Poulain, 2002). Molts dels professionals amb qui hem parlat creuen que el sobrepès és el preàmbul d'una molt probable futura obesitat, tanmateix en alguns comentaris s'entreveu un cert dubte en aquest sentit:

"El sobrepès és un excés de pes que comença a perjudicar la salut, és un pas previ, sí, sí. S'associa a més risc de malaltia, d'alteracions metabòliques." (Metge expert obesitat)

“Ho treballem igual perquè són futurs candidats a ser obesos, llavors si no ho abordes des de un primer moment és molt difícil que pugui retornar (a un pes normal) o inclús que no avanci cap a una obesitat futura.... Has de mirar també els antecedents, si la persona fa 10 anys que té un sobrepès estable penses que potser s’ha estancat aquí... però clar....” (Infermera 1)

“Sí, és un preàmbul. Un sobrepès inicial als vint anys probablement a l’edat adulta serà obesitat... està claríssim que si no et cuides és un preàmbul, això no vol dir que tota la vida tinguis un sobrepès i no tinguis cap factor de risc i... això ja és un altra cosa.” (Metgessa endocrinòloga 1)

Al meu entendre, resulta evident que per arribar a ser obès prèviament s’ha de passar pel sobrepès, però això significa que totes les persones amb sobrepès acabaran sent obeses o presentaran problemes de salut? Alguns professionals reconeixen certs límits en la constatació del sobrepès com a malaltia i dels riscos que aquest pot comportar. No obstant, aquest plantejament és molt infreqüent entre els clínics que, com he comentat, habitualment associen sobrepès a futura obesitat.

“Està demostrada l’associació d’obesitat a algunes malalties com dislipèmies, diabetis... en canvi en un sobrepès, en principi, l’associació no és tan directa.... Els sobrepesos... no sé si tampoc és molt convenient demonitzar a aquesta gent, en el sentit de fer-los entrar en una dinàmica de malaltia. A més, des de que estem en això de la medicina basada en la evidència, també hi ha coses que es donen per dites, que tampoc estan demostrades, vull dir, no tothom que té un sobrepès està malalt. Saps que passa, que és difícil tallar, és un tema més qualitatiu, nosaltres ho quantifiquem perquè ho has de fer de quantificar, però... és que s’ha d’analitzar cada persona... vull dir, és difícil.” (Metge de família)

Aquest darrer comentari ens remet novament a la controvèrsia existent al voltant dels criteris per a definir la sobrecàrrega ponderal. L’IMC com a instrument de diagnòstic i prevenció s’ha imposat internacionalment, representa l’eina quantitativa amb més poder per definir el caràcter patològic de l’excés de pes. Aquest índex presenta l’avantatge de basar-se en el pes i la talla, dues dades relativament fàcils d’obtenir,

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

malgrat que la seva utilització, com hem vist (cf.: 4.2), comporta un cert nombre de límits que cal no negligir, en particular quan es deixa de considerar les poblacions per interessar-se al nivell individual. La majoria de clínics, si bé consideren important l'IMC i l'utilitzen en la pràctica clínica diària, són conscients dels límits d'aquest índex:

“L'índex de massa corporal és un mal indicador, però, bueno, és una eina fàcil i utilitzable a nivell de carrer per poder definir millor el grau d'excés d'aquest greix. Te les seves limitacions, sí. L'IMC del campió de les olimpíades del 92 de natació està al borde de la mòrbida. És tot múscul. Això serveix a la gent que no fa exercici i tal, però la gent musculada, etc., en aquests no serveix l'IMC.”
(Metge expert obesitat)

“Com a criteri universal sí, jo l'utilitzo.... tu has de tindre uns codis de referència, tu tens uns números i després això ho has de portar a la realitat, perquè tu trobes una persona amb una massa muscular superior a la població en general i l'índex de massa corporal no et serveix... hi ha patrons que no... no van a l'estandarització, patrons ossis que... per a res, i llavors tot són recursos... són paràmetres que t'ajuden a arribar a un diagnòstic.” (Nutricionista)

“Normalment utilitzem l'índex de massa corporal perquè és mundialment acceptat... és una forma senzilla de calcular, però... no tots els obesos són iguals, depèn de com estan distribuïts els greixos.” (Metge de família)

Afirmen que les comorbilitats estan intrínsecament lligades a un excés d'IMC, però també, en gran mesura, a la contribució de la massa grassa a la composició corporal, especialment, quan aquesta es localitza a nivell abdominal. Segons ells l'obesitat visceral confereix un augment important del risc de morbimortalitat i destaquen la importància de mesurar la circumferència de la cintura (CC):

“IMC i circumferència de cintura per a la síndrome metabòlica. Hi ha gent que té IMC normal i cintura patològica. És important l'IMC, però t'has de fixar en les dues coses, índex de massa i índex de cintura. Les dues coses són importants, sobretot la distribució. No és el mateix tenir grassa abdominal, que és el que facilita la hipertensió, la diabetis, la dislipèmia, el que nosaltres anomenem

síndrome metabòlica, que el greix desenvolupat en altres zones, la disposició ginoide que es diu, que té menys risc.” (Metgessa endocrinòloga 1)

Però la varietat de situacions clíniques és considerable. Si bé no es pot negar que en les formes extremes l'obesitat condueix amb freqüència a alteracions funcionals i a un cert nombre de comorbiditats, no sempre un IMC o una CC elevades suposen un problema per a la salut. Els professionals reconeixen que, en ocasions, el nivell de l'IMC o, fins i tot, de la circumferència abdominal poden no ser determinants per arribar a un diagnòstic de malaltia. De fet, algunes persones que no reuneixen els criteris que, en principi, suposarien un risc significatiu per a la salut presenten problemes, contràriament un IMC elevat o una obesitat abdominal poden ser ben tolerats.

“Nosaltres a vegades veiem algunes persones que tenen un fenotip totalment ginoide, perifèric, i en canvi tenen comorbiditats, i al contrari, que dius ostres! Aquesta persona, que està així, que té una obesitat abdominal i tal, i ho trobes tot bé! ... Ara es parla de persones que tenen un pes normal amb fenotip d'obesitat central i que tenen moltes comorbiditats; tenen poc greix i tenen un fenotip abdominal amb acumulació de greix dintre les vísceres, amb una miquitinya de panxeta, i que tenen diabetis i que tenen de tot ja!” (Metge expert obesitat)

“Hi ha gent que et pensaries que té molta síndrome metabòlica, que hauria de ser hipertensa, diabètica i dislipèmica, i no té res! ... té un índex de massa de 40 i té obesitat central i no és diabètica! I això és curiós, s'està investigant molt sobre això, i no se sap per què. No és la majoria, però n'hi ha bastants.” (Metgessa endocrinòloga 1)

Aquests individus poden ser considerats “inapropiadament sans” en relació al seu grau d'obesitat i recentment han estat catalogats com a “obesos metabòlicament sans”, aspecte que els experts atribueixen, possiblement, a la capacitat d'expansió del teixit adipós i la seva funcionalitat (Francisco J. Tinahones, 2011). El *Centro de Investigación Biomédica en Red-Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición* (CIBERObn) ha

assenyalat que prop d'un 20% de població amb obesitat mòrbida està metabòlicament sana⁸⁴, cosa que posa de manifest que l'obesitat no sempre és sinònim de malaltia.

Cal assenyalar, també, que alguns professionals han fet referència a la inexactitud de la medició de l'IMC o de la CC en persones que no són d'origen caucàsic, aspecte no gens menyspreable en el nostre context, tenint en compte l'elevat nombre de persones de diferents ètnies que actualment viuen en el nostre país. Ateses les diferències ètniques en les proporcions de tronc i extremitats, en la distribució del greix o en la musculatura, la utilització de punts de tall universals pot distorsionar el significat de l'IMC i de la CC, així com donar una idea equivocada de la prevalença de sobrepès i obesitat en aquesta població (Deurenberg, Deurenberg-Yap, Guricci, 2002; Rush, Freitas, Plank, 2009).

"Sud-americans, sobretot. Aquests són baixets i potser segons l'IMC molts tenen sobrepès o obesitat grau I, tenen cintura, molta cintura, són molt rectes."
(Metgessa endocrinòloga 1)

"Hi ha IMC, per exemple, per a gent oriental, eh? Normalment es fa servir molt poc, però, per exemple, jo per definir la síndrome metabòlica sí que faig servir taules, però hi ha poca gent que ho faci. A veure, l'IDF (International Diabetes Federation) per exemple, que és la societat per diabetis europea que dicta les normes de la síndrome metabòlica, té definides les diferències amb el perímetre de la cintura en funció de l'ètnia, i llavors clar per catalogar-lo de síndrome metabòlica o no has de dirigir-te a les taules de normalitat de cintura per la població concreta, vale? I llavors dius els negres, els no sé què... els llatinoamericans normalment tenen un fenotip molt diferent del nostre, sí, sí. No es fa servir, és que la pràctica clínica complica molt tot això... la limitació del temps." Afegeix que això pot portar a: "considerar persones patològiques, quan no ho són." (Metge expert obesitat)

Així, sota el meu punt de vista, l'actitud front a la persona amb excés de pes no pot ser

⁸⁴ http://www.ciberobn.es/index.php?option=com_content&view=article&id=1506:obesos-y-sanos-excepcion-a-la-norma&catid=36:comunicados-a-medios&Itemid=42 (consultat 17-11-2014).

unívoca i resumir-se a la mesura i gestió de l'IMC o, en alguns casos, tampoc de la CC. No es tracta d'aprofundir en les relacions entre excés de massa grassa i salut, que no és l'objectiu, sinó de subratllar el caràcter imperfecte d'aquests valors en la predicció del risc. Aquests representarien un element més, entre d'altres (edat, antecedents, context familiar i social, ètnia...), per determinar si un sobrepès o una obesitat poden suposar un risc per a la salut en un individu determinat. D'acord amb el que argumenten Basdevant i Guy-Grand (2004), el seu valor predictiu a nivell individual sembla limitat i el seu caràcter normatiu comporta el risc d'encasellar la reflexió mèdica dins el marc arbitrari de la "normalitat". Per tant, caldria relativitzar aquesta idea de normalitat.

Vull destacar, com s'observa en els comentaris anteriors, que els professionals quan fan referència als problemes que pot comportat l'excés de pes n'assenyalen quasi exclusivament aquells de tipus físic (hipertensió arterial, diabetis, dislipèmia, artrosi...). Només alguns han citat conseqüències de tipus social o psicològic, cosa que posa de manifest la preeminència de la visió "bio" i la desconsideració o l'oblit del "psico" i del "social". El següent comentari n'és una de les excepcions:

"Bàsicament l'escurçament de la vida i després les pluripatologies que comporta, i la mala qualitat de vida tant des del punt de vista físic, com psicològic i social. La gent que té excés de pes arrossega molts problemes per trobar feina, trobar parella, relacionar-se, sobretot la gent jove... és que influeix en tot." (Metge de família)

Quant a l'aparició del sobrepès i l'obesitat avui en dia s'accepta la implicació de nombrosos elements causals. Però, malgrat reconèixer aquesta multicausalitat, des de la biomedicina el debat es centra en la interacció entre factors interns (genètics, metabòlics, endocrinològics) i factors ambientals (focalitzant en les dietes d'alta densitat energètica i el sedentarisme), i es considera que els mecanismes de control del pes corporal han estat desbordats per l'estil de vida característic de les societats modernes (Alemany, 2003; Rubio *et al.*, 2007). Es parla del context sociocultural de manera indefinida, es fa referència a un "ambient obesogènic" com quelcom abstracte, complex, difícilment accessible. Però referir-se a les influències contextuais

significa molt més, significa percebre-ho en tant que organització de la societat, fruit de processos històrics dinàmics i de gran abast, significa parlar de condicionaments econòmics, culturals i polítics, d'un capitalisme de consum que afecta a tots i a totes, de valors que fan prevaler l'individualisme i el consum, de particulars maneres d'entendre la salut, la malaltia i el cos, o d'estratègies industrials per promocionar mercaderies (Gracia, 2007, 2008 i 2009a; Gracia *et al.*, 2005 i 2012; Gracia i Comelles, 2007). Habitualment, tot això queda relegat a un segon pla respecte a la rellevància de la dimensió biològica o individual, mitjançant una tàctica pròpia de la biomedicina que és la individualització dels processos mòrbids i la seva descontextualització de les realitats socioeconòmiques i culturals en què s'insereixen (Martínez-Hernández, 2007 i 2008). Però, les bases biològiques o els factors individuals no són els únics determinants, ni el pes corporal deixa de respondre a factors culturals, relacions socials o processos econòmics i polítics.

Els professionals sanitaris accepten que l'increment de l'obesitat es degut, principalment, al desequilibri energètic característic de *modus vivendi* de les societats industrialitzades, a menjar massa i moure's poc, però observen que no totes les persones exposades a un mateix "ambient obesogènic" desenvolupen un sobrepès o una obesitat. Opinen que una major o menor susceptibilitat a l'obesitat pot estar condicionada per factors genètics:

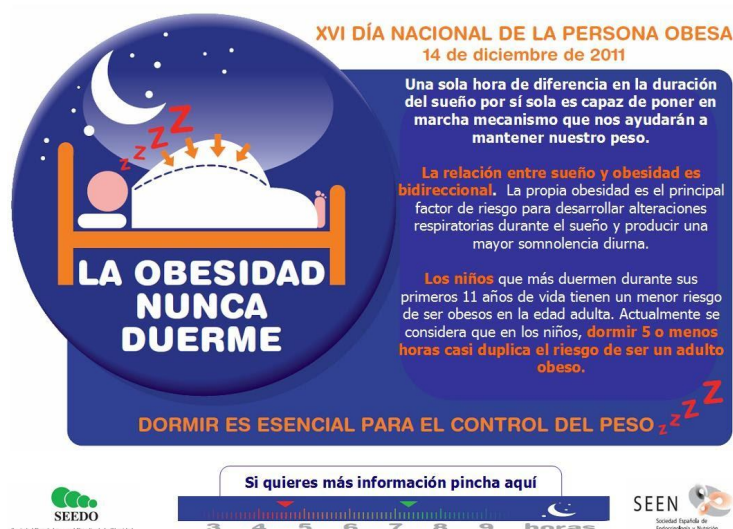
"La dieta és el que probablement juga el pes més important, cada vegada som més sedentaris i mengem més. Sempre hi ha aquest component de desequilibri entre la despesa energètica i la que consumeixes. El que sí que és veritat és que hi ha gent que s'engreixa més, hi ha gent que s'engreixa menys, hi ha gent que no s'engreixa, però en la gent amb obesitat sempre trobes aquest desequilibri. El que passa és que hi ha gent prima que també té aquest desequilibri, i per què no s'engreixen? Probablement hi ha un component genètic." (Metgessa endocrinòloga 1)

"S'han de tenir els dos components, genètic i ambiental, un patró genètic que et dona facilitat a augmentar de pes, i sí a més a més tens menjar a tota hora... llavors desenvolupes l'obesitat. " (Metge expert obesitat)

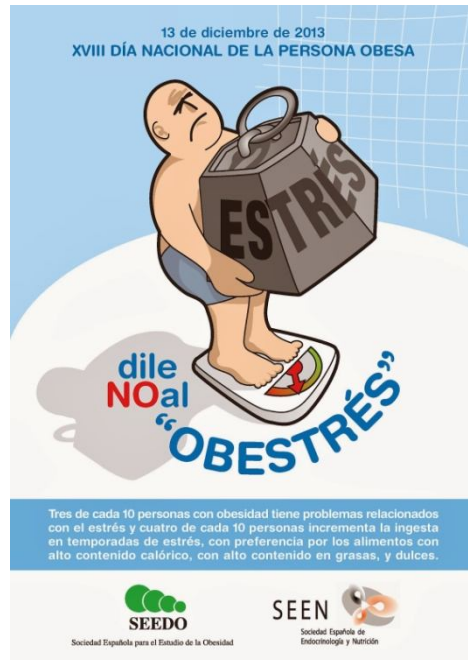
Des del descobriment de la leptina l'any 1994, que no va suposar una ràpida solució al problema de l'obesitat com en un principi s'havia esperat, la comunitat científica s'ha bolcat en l'estudi dels mecanismes responsables de l'homeostasi del pes corporal. Tret d'alguns casos minoritaris d'obesitat monogènica (conseqüència de la mutació d'un únic gen) o sindròmica (com síndromes polimalformatives que cursen amb obesitat com un dels seus trets característics, com les síndromes de Prader-Willi, Bardet-Biedl, Alström o Carpenter, entre d'altres), en la majoria de casos l'obesitat sembla tenir un caràcter poligènic, amb múltiples gens implicats, encara força desconeguts, que interactuen entre ells i amb l'ambient. Segons la teoria anomenada "hipòtesi del genotip estalviador", els factors ambientals amplifiquen els efectes de la susceptibilitat genètica en individus predisposat a la obesitat en comparació a altres obeso-resistents. (Christopher G. Bell, *et al.*, 2005; Andrew J. Walley, Alexandra Blakemore, Philippe Froguel, 2006; Angel Gil Hernández, Concepción M. Aguilera García, Mercedes Gil Campos, 2007; Lorraine Southam, *et al.*, 2009; Dolores Corella, 2011). Les modificacions epigenètiques produïdes per factors ambientals sobre el genoma de l'individu, que alteren la forma en què el codi genètic s'expressa, principalment durant la vida fetal o neonatal, s'han relacionat amb la predisposició a desenvolupar determinades malalties en la vida adulta, entre elles obesitat, síndrome metabòlica, intolerància a la glucosa o DM2; nens que creixen en úters de mares desnodrides es marquen fenotípicament com a fetus estalviadors. S'ha observat que nadons de baix pes en arribar a un ambient obesogènic presenten, en edats posteriors, una prevalença elevada de les citades alteracions metabòliques (Claudine Junien i Peter Nathanielsz, 2007; Paúl Cordero Sánchez, *et al.*, 2010; Jesús Argente, 2011; Karen A. Lillycrop i Graham C. Burdge, 2011; Gabriel A. Martos-Moreno i Jesús Argente, 2011; Jane L. Tarry-Adkins i Susan Ozanne, 2011). Estudis recents han establert també una relació entre aspectes cronobiològics i obesitat. Els ritmes circadians o biològics (d'aproximadament 24 hores) representen un fenomen adaptatiu dels organismes front als canvis medioambientals. El sistema circadià està controlat per un marcapasos central⁸⁵ o "rellotge intern" i modulats per factors externs. Si bé els gens estan impresos

⁸⁵ El sistema circadià està controlat per un marcapasos central situat en el nucli supraquiasmàtic de l'hipotàlam i també per diversos teixits perifèrics que presenten els seus propis rellotges capaços de funcionar de forma autònoma, mitjançant l'expressió circadiana dels seus gens rellotge, encara que

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA



en les nostres cèl·lules des del moment de la concepció, sembla que els nostres hàbits de vida poden modular la seva expressió, en definitiva el seu funcionament. S'ha argumentat que algunes característiques pròpies de la nostra societat, com el treball per torns, els canvis en els horaris d'alimentació, la manca de son, la contaminació lumínica nocturna, la realització d'activitats lúdiques durant la nit, l'estrès o el jet-lag, entre d'altres, produeixen disruptcions en el sistema circadià. Darrerament, s'està atorgant força importància a l'estrès com a factor causal d'obesitat. Es considera que l'estrès funciona com un sistema/ritme circadià i interactua amb altres sistemes per regular una gran varietat de funcions endocrines, immunològiques, metabòliques i cardiovasculars. Segons els expert, el 40% de les persones incrementa la seva ingesta calòrica en situacions d'estrès. "El estrés favorece la ingesta de alimentos que podrían denominarse de 'recompensa': aquellos alimentos más placenteros para nuestro paladar, generalmente más ricos en grasas o más dulces, cuya ingesta favorece la aparición temporal de un estado de felicidad" (SEEDO-SEEN, 2013)⁸⁶.



*"L'estrès, que et fa menjar... et fa menjar malament i et fa menjar a deshora...
l'estrès juga un paper important, crec jo."* (Metge expert obesitat)

modulats i sincronitzats pel rellotge central a través de la secreció cíclica d'hormones i l'activitat del sistema nerviós vegetatiu.

⁸⁶ http://www.seedo.es/images/site/Dia_de_la_Persona_Obesa.pdf (consultat 23-01-2015)

Investigacions recents assenyalen la importància del correcte funcionament d'aquest complex sistema i l'efecte de la seva desincronització (cronodisrupció) en la gènesi de certes malalties. Així, funcions d'aquest sistema relacionades amb el metabolisme, com la regulació metabòlica de lípids i glucosa, o la resposta a la insulina, poden alterar-se com a resultat d'aquesta cronodisrupció, contribuint a la fisiopatologia de l'obesitat. Segons els experts, els estudis sobre polimorfismes (variants d'un mateix gen) en gens rellotge i les seves interaccions amb la dieta obren la possibilitat de nous tractaments basats en la nutrigenòmica i la cronoteràpia (Joseph Bass i Joseph S. Takahashi, 2010; Oren Froy, 2010; Purificación Gómez-Abellán, *et al.*, 2012). També un petit percentatge de casos d'obesitat poden ser secundaris a diferents processos patològics o iatrogènics, entre els que destaquen les malalties endocrinològiques (hipotiroïdisme, Síndrome de Cushing...), els processos que afecten l'àrea hipotalàmica-hipofisiària (tumors, cirurgia, radiacions, traumatismes) i determinats tractaments farmacològics (antidepressius tricíclics, corticoesteroides, insulina...).

No nego la influència de factors genètics en la propensió a desenvolupar l'obesitat ni poso en dubte els futurs beneficis per a la salut que es poden derivar de la investigació genètica, que poden permetre el desenvolupament de noves tecnologies de diagnòstic i nous tractaments que, probablement, poden aportar beneficis per a algunes persones. Aquest no és el meu objectiu, ni tampoc dispo de coneixements suficients en aquest sentit per fer-ho. Tanmateix, sota el meu punt de vista i d'acord amb autors com Gracia i Comelles (2007), Gracia *et al.* (2012) o Petersen (2007), centrar el discurs sobre causalitat de l'obesitat en factors endògens i en consum i despesa energètica, força comú entre els professionals i autoritats sanitàries, revela la concepció del cos com si fos una màquina, el model de cos-objecte o cos-màquina à que fèiem referència en la primera part d'aquest text (cf.: 1.1), i suggereix que aquest pot ser mesurat, calibrat, controlat de manera bastant acurada, en termes d'entrada i sortida calòrica i d'acord amb les necessitats de cadascú, o actuant sobre el codi "defectuós", cosa que, d'una banda, desvia l'atenció de l'exploració del context sociocultural i exculpa de la seva causalitat als agents socials, econòmics o polítics i, d'una altra, comporta assumir que el "propietari" del cos s'hauria d'encarregar de monitoritzar-lo i regular-lo per tal de mantenir o restablir el seu equilibri. No fer-ho s'associa sovint a manca de

coneixements o de voluntat. Així, l'origen del problema es trasllada fàcilment a les conductes individuals i, en particular, a un estil de vida "inadequat". Cal destacar que aquesta relació que s'estableix entre malaltia i culpabilitat ha estat assenyalada en repetides ocasions en relació a l'aparició de trastorns del comportament alimentari com l'anorèxia i la bulímia. En aquest sentit, autors com Richard A. Gordon (1994), Anne Guillemot i Michel Laxenaire (1994), Gracia *et al.* (2005 i 2007), Gracia i Comelles (2007) o Mariola Bernal (2011) han argumentat que aquests trastorns no es poden resoldre focalitzant l'atenció només en la responsabilitat individual, sinó que cal incidir en aquells aspectes socials, econòmics i polítics que afavoreixen la seva aparició.

Es fomenta, doncs, una representació individualista de la salut descontextualitzada dels condicionaments estructurals que afavoreixen el desenvolupament de moltes malalties, com és el cas de l'obesitat. L'obès esdevé dipositori d'una gran parcel·la de culpa en considerar que no segueix les regles bàsiques de l'ordre social que fan referència al menjar i a l'esforç i control de sí. En aquest sentit, molts professionals sostenen que moltes persones no saben menjar, no fan exercici o no són prou conscients dels problemes que comporta l'obesitat:

"Hi ha gent que es deixa i s'abandona i els quilos van pujant.... La gent s'hauria de cuidar més... no hi ha consciència de malaltia." (Metgessa endocrinòloga 1)

"Gran part és la teva carrega genètica i això no ho pots canviar, el que sí pots canviar són els hàbits... hàbits erronis.... Perquè el que es busca en els obesos és el canvi d'actitud, d'acord? Si no ho veus com un problema, quins hàbits has de canviar? " (Metge internista)

Només puntualment fan referència a factors de l'entorn com agents explicatius, però no analitzen l'excés com a producte de l'estructura social i cultural.

"Depèn de tres factors, un és la pròpia persona, que és el que marca la diferència, és a dir, la seva forma de funcionar. La segona és dependent de la ingesta, per tant, de les calories, i la tercera dependent del gasto de calories... una de les causes és perquè tenim a l'abast el menjar, perquè la gent que no té a l'abast el menjar, evidentment, no té obesitat. I per què mengem més o per

què no ens sentim saciats? Ho has d'anar a buscar en altres factors, factors genètics o, fins i tot, factors socials o ambientals, o factors psicològics... ansietat." (Metge digestòleg)

"Augment del poder calòric i disminució de l'activitat física, tenim mitjans de transport, mòbils, comunicació per Internet, clar, tot això fa que la gent no camini." (Metge de família)

Factors que sovint, malgrat que remeten a condicionaments estructurals, no exculpen la persona de tenir un pes corporal elevat, deixant al descobert la idea molt arrelada que estar gras depèn, en últim terme, d'un mateix:

" Què ha passat els últims anys? Doncs que tenim supermercats, gasolineres amb menjar tres-cents seixanta-cinc dies a l'any, a qualsevol moment del dia pots menjar i a més el menjar és barato. Lluitar contra aquesta abundància és molt difícil. El fet de menjar és també agradable per a la majoria de gent. Com celebrem els esdeveniments? Menjant. Quan fem tertúlies? Durant el menjar. I després, tot el que és un mínim esforç ens fa fugir. Si has de pujar a un segon pis i al costat tens l'ascensor, la immensa majoria fuig d'anar per les escales, va per l'ascensor... per això és tan difícil, per la nostra mentalitat... Però la vida és una mica com tu te la muntas i com te l'enfoques." (Metge internista)

Però, seguint a Beck i Beck-Gernsheim (2003), fins a quin punt es donen les condicions per tal que els individus realitzin la seva vida com una biografia electiva? Fins a quin punt la consecució d'una alimentació i un nivell d'activitat física que condueixin a l'equilibri calòric és fonamentalment un assumpte de motivació individual o responsabilitat personal, o respon a les influències del context? Sense obviar factors endògens que puguin afavorir l'augment de pes, també cal buscar les raons en les influències que els entorns, oportunitats o condicions de vida tenen a l'hora de promoure l'obesitat, així com en la regulació política, producció, distribució i mercadotècnia dels aliments. Com sabem, la majoria de llocs de treball s'han fet més sedentaris, s'han reduït les oportunitats de desplaçar-se a peu, especialment a les grans ciutats, s'ha consolidat l'ús de l'automòbil o altres mitjans de transport i també les formes de lleure que requereixen poca o cap activitat física. Els constrenyiments

horaris, derivats de les llargues jornades laborals o formatives, entren en competència amb el temps destinat a l'aprovisionament de queviures i a la seva preparació, i la indústria alimentària posa a la nostra disposició un amplí i creixent ventall d'aliments elaborats per al consum immediat, factors tots ells que afavoreixen un canvi en les eleccions dels consumidors i les seves pràctiques culinàries i un consum més important de productes que comporten un augment de pes. Algunes polítiques públiques han tingut probablement efectes negatius sobre l'obesitat i la salut en general. Així, les polítiques agrícoles, basades en la lògica econòmica del sistema agroalimentari, han fet augmentar els preus d'aliments més saludables, com els fruits o els llegums, i han abaixat aquells de productes considerats més obesogènics, rics en greixos saturats o sucres. Per exemple, la Política Agrícola Comuna (PAC), que gestiona les subvencions que es donen a la producció agrícola a la Unió Europea, mitjançant el subsidi als làctics i a la carn aconsegueix que aliments amb un alt contingut en greix saturat siguin més accessibles que d'altres, paradoxalment més recomanats per les autoritats sanitàries per prevenir l'obesitat (Liselotte Schäfer Elinder, 2005; Ortiz i Álvarez-Dardet, 2009; Sassi, 2010). Les grans cadenes de distribució o de restauració ràpida, amb les seves estratègies comercials i capacitat de maneig de la informació, representen una poderosa força per modelar la nostra cultura alimentària.

Cal destacar, també, que en una societat altament individualitzada i hedonista, com la nostra, les preferències personals, unides a l'ampliació de l'oferta alimentària, esdevenen un factor important en les eleccions alimentàries. Tot això no significa que les persones no tinguin la capacitat o els coneixements que orientin les seves decisions en relació a la seva alimentació, però sí que estan sotmesos a poderosíssimes influències que configuren l'entorn on es troba i els aliments que consumeix (Contreras i Gracia, 2006 i 2008; Gracia, 2008, 2009a i 2009b; Emilio Luque, 2008; Contreras, 2009; García i Casadó, 2014). Charles Wright Mills a *The Sociological Imagination* (2000 [1959]) defensa una forma de veure el món que tingui en compte els vincles entre problemes aparentment de tipus individual i qüestions socials o afers públics. D'acord amb l'autor, quan un problema afecta un únic individu o uns pocs individus entre molts estem davant un assumpte personal, llavors la solució estaria en l'individu. Quan el problema abasta un percentatge important de població, com és el

cas del tema que ens ocupa, estem davant d'un afer públic, llavors: "Tant la correcta descripció del problema com el ventall de possibles solucions ens obliguen a considerar les institucions econòmiques i polítiques de la societat, i no només la situació personal o la naturalesa d'uns individus dispersos" (Mills, 2000: 9).⁸⁷

D'altra banda, les oportunitats són desiguals per als diferents estrats socioeconòmics. Com hem vist (cf.: 4.2), la prevalença de sobrecàrrega ponderal és major en aquelles persones que pertanyen a un entorn socioeconòmic més desafavorit i amb un nivell educatiu més baix. En aquest sentit els professionals han manifestat que:

"Ho veiem que en entorns socials baixos l'alimentació es més desequilibrada, el sedentarisme i els hàbits alimentaris..." (Infermera 1)

"En les classes socials baixes, amb pocs ingressos, això és més freqüent. A més, el menjar més barato és el més greixós, amb un euro tens una dotzena de magdalenes." (Metge internista)

Com expliquen alguns autors (Contreras i Gracia, 2004 i 2006; Poulain, 2009), la major concentració de treball temporal, poc qualificat i remunerat, apareix en les classes socials més baixes, sobretot en les dones, condicionant la selecció d'aliments adquirits i el temps per a comprar-los i preparar-los. Es tendeix a simplificar l'estructura dels àpats i a ajustar els horaris de les ingestes als imperatius laborals. Les famílies amb rendes més baixes es veuran impulsades a adquirir aliments més assequibles econòmicament i més densos en energia, que contenen una major proporció de farines, sucres i greixos. Precisament, el fet que en molts països industrialitzats l'obesitat estigui més associada als nivells socioeconòmics més baixos reforça la seva relació amb un sistema agroalimentari molt industrialitzat, que ha aconseguit posar al mercat calories barates i atractives, factor crucial en l'elecció d'aliments de les persones amb menys ingressos (Adam Drewnowski i S. Specter, 2004; Michael McCarthy, 2004; Adam Drewnowski i Nicole Darmon, 2005; Joan Costa-Font i Joan Gil, 2008; Darmon i Drewnowski, 2008).

⁸⁷ La traducció és de l'autora.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Encara que amb menys freqüència, factors d'altra índole, com l'ansietat, la baixa autoestima o la pressió social contra l'obesitat han estat assenyalats pels professionals com a possibles causes d'obesitat. Segons ells, la manca d'autoestima o les frustracions es compensen sovint a través del menjar:

"... almenys en alguns pacients que jo he tractat, jo diria que han arribat a l'obesitat per un tema d'ansietats o frustracions, penso eh? Són persones que han tingut alguna carència afectiva o relacional, o que d'alguna manera s'han trobat que el seu plaer és el menjar i clar... ha arribat un punt en què és un cercle viciós, la seva satisfacció és l'alimentació, llavors no s'agraden, perden autoestima i tornen a caure en la satisfacció immediata de l'aliment, i entren en este bucle, no?" (Infermer 2)

"Quan més malament estan anímicament, més mengen, més es queden a casa, més sedentarisme i més obesitat. És a dir, és un peix que es mossega la cua."
(Metgessa endocrinòloga 1)

La forta pressió social contra la grassor que inunda la nostra societat i les dificultats que pot comportar en les relacions socials o en l'accés al treball (cf.: 2.2.2), tant per raons estètiques com per motius de salut, han portat a moltes persones a la realització de múltiples activitats destinades a disminuir el pes corporal (cf.: 4.4), en la creença que això els ajudarà a assolir la desitjada pèrdua de pes i l'ideal de cos vigent a la nostra societat. Destaca la institucionalització del *dieting* (Sobal, 1995; Gracia, 2009a), basat inicialment en la restricció de la quantitat d'aliments ingerits, especialment d'aquells considerats hipercalòrics, i cada cop més en el consum de productes elaborats "científicament" per part de la indústria farmacèutica i la indústria alimentària per a aquesta finalitat. Cal destacar, també, l'ampli ventall de dietes *vox populi* (dieta de la Clínica Mayo, que no té res a veure amb la seva homònima de Rochester, dieta Atkins, dieta de Montignac, dieta Dukan, dieta del pomelo, dieta de la carxofa, entre moltes d'altres) que no fan més que afegir fracassos a les múltiples temptatives de perdre pes. Els professionals afirmen que aquestes pràctiques estan molt esteses entre la població, una majoria de pacients arriben a la consulta havent fet esforços previs per aprimar-se:

“Sí, molts, 80%... han provat de tot, molts. Tot, tot... i lo que no ens diuen. Els mòrbids jo diria que el 90% han fet dietes, el 95% han fet de tot! Com sigui, fan burrades, van a qualsevol lloc.” (Metge expert obesitat)

“Sí, la típica persona que està a dieta tota la vida...ara ha fet la dieta d'aquí, ara ha fet la dieta d'allí, ara ha anat a la farmàcia i s'ha comprat este producte, ara ha anat a la botiga de dietètica i s'ha comprat este altre producte, s'ho has pres tot sense cap mena d'orientació, i això és fatal! (Nutricionista)

“La dieta de la carxofa, la dieta del no sé que, dietes hiperprotèiques... les coneixen totes, però cap los ha sigut efectiva, o sigui sí, d'entrada totes els han sigut efectives però a la llarga cap els ha funcionat... les acaben deixant, per esgotament, perquè surt car, es podria dir que són professionals de les dietes.” (Infermer 2)

Com apunta Gracia: “Es necesario preguntarse hasta qué punto la extraordinaria problematización del peso y la comida está contribuyendo a frenar la obesidad o, por el contrario, animándola, haciendo de la dieta, no una acción, sino un estado” (2008: 72 i 2009a: 16). Diàriament persones amb excés de pes, i també aquelles que presenten un pes “normal”, inicien dietes amb l'esperança de tenir un cos “sa” i socialment acceptable. S'ha argumentat que, dins de certs límits, la restricció calòrica port donar lloc una reducció de la tasa metabòlica i, per tant, del consum energètic per part de l'organisme, cosa que contrarestaria la disminució de l'energia aportada a través de la dieta i, finalment, afavoriria l'augment de pes. La sensació de fracàs que aquest fet pot crear en la persona pot provocar el desig d'efectuar nous intents, entrant en un cercle viciós de pèrdua i recuperació de pes (Alemany *et al.*, 2000; Monereo *et al.*, 2006; Gracia, 2009a). Tots els professionals s'han mostrat preocupats per l'àmplia expansió de dietes i productes destinats a la pèrdua de pes i adverteixen que aquestes pràctiques poden suposar un problema per a la salut, cosa que les fa totalment desaconsellables.

“Ara hi ha la dieta hiperprotèica a base de sobres i batuts, que és només a base de proteïna, és una dieta cetòsica que ja fa temps que va sortir... et passes la vida bevent sucs i sobres, ho trobo ridícul i absurd, i metabòlicament totalment

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

incorrecte, perquè una dieta hiperprotèica et pot donar molts problemes a nivell renal. Sí que t'aprimes, lògicament si només menges proteïnes t'aprimes, però t'engreixes molt després quan tornes a introduir els hidrats de carboni i això....Hi ha molta gent que ho fa.... T'intenten, crec jo, vendre el producte, només t'expliquen el que els interessa, no t'expliquen les conseqüències, llavors clar...." (Metgessa endocrinòloga 1)

Existeix unanimitat en considerar que els pacients joves, sobretot les dones, estan més preocupats pel tema estètic, mentre que a mesura que avança l'edat comença a aparèixer la preocupació per la salut. Giddens (1995) planteja que per a un individu jove amb bona salut els danys potencials que podrien aparèixer en un temps futur derivats de determinades circumstàncies o determinats comportaments, en aquest cas problemes de salut derivats d'una sobrecàrrega de pes corporal, semblen enormement distants perquè la persona els contempli seriosament com a possibles.

"A una noia de 20 anys no li expliquis si als 60 anys tindrà pressió als genolls. Aquets noia el que vol es posar-se el texans que porta la seva amiga i que ella no se'ls pot posar." (Metge de família)

"A la persona gran ja li ha pujat el colesterol, o ja li fan mal els genolls... ja viu el problema. La persona jove això ho veu com molt lluny, i a més no es troba malament. Sí, quan més grans veuen més el problema de salut i el jove el problema estètic." (Metge digestòleg)

"Sí, a aquestes edats (joves) la salut no els preocupa en absolut." (Infermera 3)

De tota manera, com veurem (cf.: 4.4), encara que aquests possibles danys semblen molts llunyans entre el més joves, la idea del risc que un excés de pes pot suposar per a la salut, tan recalcada des de la biomedicina i a través dels mitjans, si bé pot no ser la principal preocupació, també està present. Segons els clínics, entre les persones més grans prevalen els motius de salut, però el problema estètic es resisteix a desaparèixer completament, malgrat que sovint no ho verbalitzen o no volen reconèixer que els preocupa.

“Són gent que si els hi preguntes en la intimitat, amb calma, tots et diuen que creuen que el aspecte físic els limita per aconseguir metes o determinats objectius que tenen traçats... el que passa és que si no els hi preguntes no t'ho diuen, però en les entrevistes cara a cara això es traspua, es veu.... Jo crec que les persones adultes d'alguna forma ho han assimilat, però... creuen que la seva vida hagués estat diferent, que haguessin tingut unes oportunitats diferents si haguessin tingut un aspecte físic diferent.” (Metge de família)

Els professionals estan d'acord en considerar que en el desig d'aprimar-se sovint s'entremesclen la preocupació per l'estètica i la preocupació per la salut que caracteritzen a la societat industrialitzada contemporània:

“Aprimar-se sempre és una doble recompensa, si a més d'estar més guapo tens més salut! És clar que es potencien.” (Metge de família)

Tots han assenyalat que les persones grasses, en general, se senten insegures o discriminades degut al seu pes corporal. Analtzarem més endavant, en aquest mateix apartat, en quina mesura l'actitud dels professionals front als pacients obesos pot contribuir, també, a aquesta inseguretat.

Quant a l'abordatge terapèutic del sobrepès i l'obesitat, aquest planteja moltes dificultats en la clínica diària. El seu caràcter multifactorial i complex ha propiciat el desenvolupament de diferents formes de tractament. L'actuació sobre els hàbits alimentaris, l'increment de l'activitat física i la modificació conductual són els pilars angulars sobre els que continua descansant el tractament, si bé una gran part dels esforços per pal·liar el problema de l'obesitat s'estan orientant a la investigació biològica i al desenvolupament de teràpies farmacològiques o quirúrgiques. Com hem vist, les causes de l'obesitat es focalitzen, principalment, en factors endògens i conductes personals o estil de vida “inadequat”, cosa que permet tractar-la individualment. Podem dir que ens trobem davant d'una situació “perversa” en què s'intenta actuar sobre els gens o adoptar mecanismes que permetin disminuir la ingesta o limitar l'absorció de nutrients, en què l'ésser humà és sotmès i modelat a l'entorn i no a l'inversa. Com apunta Gracia (2009a), és evident que és més senzill actuar sobre els ciutadans que adoptar mesures encaminades a canviar els factors

estructurals o disminuir les desigualtats socials que podrien estar al darrera de l'augment de pes corporal.

A Catalunya el primer nivell d'atenció a la persona amb sobrepès o obesitat és realitza a l'Assistència Primària (visita del metge família i visita d'infermeria). En funció del l'IMC i de l'existència de comorbiditats es fa la derivació a l'Atenció Especialitzada Hospitalària⁸⁸ (generalment endocrinòleg o metge internista) i, si es considera necessari, es deriva a cirurgia bariàtrica i tractament amb equip multidisciplinar (endocrinòlegs, metges especialistes en nutrició i dietètica, dietistes-nutricionistes, cirurgians i psicoterapeutes). No existeix un protocol comú a nivell autonòmic i estatal per a l'atenció del pacient obès a l'edat adulta⁸⁹. S'han elaborat diferents documents de consens (cf.: 4.1) i guies⁹⁰ amb l'objectiu d'aportar als distints professionals implicats en el tractament de l'obesitat una orientació pràctica a l'hora de desenvolupar els seus propis protocols en el seu àmbit de treball.

La majoria de clínics veuen en el canvi d'hàbits de vida la principal forma de combatre la sobrecàrrega ponderal, assumint que la obesitat és el resultat últim de la manca d'equilibri entre l'energia ingerida i l'energia gastada per l'organisme. En absència d'un tractament farmacològic eficaç, l'aproximació terapèutica consisteix bàsicament en educar a la població i establir una sèrie de normes amb la finalitat de modificar els patrons alimentaris, suposadament equivocats, i els nivells d'activitat física, en definitiva de convèncer al pacient dels beneficis d'adoptar un estil de vida més saludable, cosa que implica normalitzar la vida quotidiana: no menjar ni massa greix ni

⁸⁸ Mories, MT. Et al. (2005) "Criterios de derivación desde atención primaria a atención especializada de pacientes con obesidad. Criterios de buena práctica en atención especializada", *Endocrinología Y Nutrición*, 52 (1): 38-39.

⁸⁹ L'any 2009 el *Ministerio de Sanidad y Política Social* va elaborar la *Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil*, subscrita pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

⁹⁰ Com per exemple:

- Diego Bellido y cols. (2006) "El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primària", *Revista Española de Obesidad*, 4 (1): 33-44.

- *Guía Clínica d'Actuació en l'Obesitat de l'Adult* elaborada pel Grup Gironí Obesitat Síndrome Metabòlica (GirObSMet), CatSalut-Regió Sanitària de Girona, l'any 2007. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/catsalut_territori/girona/publicacions/documentos/p_guiaobesitat_2007_05.pdf

- *Guía Clínica para el tratamiento de la obesidad severa*, elaborada pel *Grupo de estudio para el tratamiento de la Obesidad Severa (GESTOS)* l'any 2010, disponible a: http://www.obesidadsevera.com/bajar/guia_clinica_obesidad_severa.pdf

massa sucre, controlar el volum de les racions, no saltar-se cap àpat, menjar regularment entre tres i cinc cops al dia i fer-ho sense presses, augmentar progressivament el nivell d'activitat física fins arribar als 45-60 minuts diaris d'activitat d'intensitat moderada com a acció preventiva en cas de sobrepès, i 60-90 minuts diaris per al manteniment del pes perdut⁹¹, sempre tenint en compte l'existència de patologia associada (Rubio *et al.*, 2007; Generalitat de Catalunya/Institut Català de la Salut, 2009).

“La primera fase del tractament sempre és la mateixa, la combinació d'una dieta equilibrada baixa en greixos i fer exercici... no és una dieta de sis mesos, sinó una dieta amb l'objectiu de canviar els hàbits, perdurable en el temps... Al parlar d'exercici s'entén caminar una estona cada dia i moure's gradualment.”
(Metgessa endocrinòloga 2)

“Ser actiu, menjar fruites, menjar verdures, no abusar dels greixos, no abusar dels sucres simples... Molta gent quan ve a la consulta et pregunta: -Fins quan hem de venir aquí? -Doncs fins que vagis a un restaurant i demanis una amanida i no pensis que estàs fent dieta, que el normal teu és menjar així-. El que es busca sempre en els obesos és un canvi d'actitud, d'acord?... Els expliquem el que han de menjar i com ho han de menjar... és important esmorzar, és important repartir bé les menjades, és important la ració... expliquem els grups d'aliments...” (Metge internista)

Els professionals lamenten que molta gent no està educada nutricionalment, no sap menjar bé:

“És molt més fàcil fer un fregit... tot va cap a precuinats, dieta ràpida... hi ha famílies que fan dietes horriblement grasses... La gent ha de menjar sa, independentment de si estàs prim o tens una mica de sobrepès, i això és el que

⁹¹ S'ha suggerit que la combinació d'exercici aeròbic (indueix una major despesa energètica durant l'entrenament) i de força (indueix un canvi de composició corporal, augmentant la massa magra i disminuint la massa grassa) són beneficiosos en el tractament del sobrepès i l'obesitat (García- Martos, M. *et al.*, 2010; Ismail, I. *et al.*, 2012; Strasser, B., Arvandi, M. i Siebert, U., 2012; Skrypnik, D. *et al.*, 2015)

nosaltres intentem inculcar. Sense la bona base de la dieta no vas enlloc."
(Metgessa endocrinòloga 1)

"Jo penso que el tema de la dieta, quant a menjar ràpids, a menjar greixosos, els menjar precuinats i això, sí que és molt important que ens posem una mica més seriosos en aquest tema." (Metge digestòleg)

Però els hàbits alimentaris o d'activitat física no estan determinats de manera exclusiva per la preocupació per la salut o la malaltia, ni tampoc responen únicament a decisions o preferències individuals. En el cas de l'alimentació, el discurs biomèdic no té en compte la complexitat de l'alimentació humana i la redueix a la seva funció nutritiva, cosa que posa de manifest la medicalització de l'alimentació: "Aparentemente, para la medicina y la nutrición, el ser humano se *nutre* sólo de glúcidos, lípidos, pròtidos... pero lo cierto es que los alimentos, además de nutrir, *significan y comunican*" (Contreras i Gracia 2005: 19). S'insisteix més en els productes ingerits o no ingerits, però no es busquen les raons per les quals aquests s'ingereixen o no. No s'analitza el menjar com a forma d'expressió, com a vehicle de comunicació, com a "vàlvula d'escapament" a les tensions de la vida diària, no es parla dels plaers del menjar o, contràriament, del desassossec que aquest comporta, només es fa referència al menjar com a font de salut o malaltia (Hepworth, 1999; Gracia, 2007; Gracia, 2009a, 2009b i 2009c). D'altra banda, com expliquen Contreras i Gracia, ni l'acumulació ni la comprensió de coneixements nutricionals canvien necessàriament els hàbits d'alimentació. La vida de les persones és heterogènia, irregular, farcida de múltiples microesdeveniments que condicionen les maneres de menjar i de moure's, i que no sempre són compatibles amb la rutina que requereix aquest "estil de vida saludable"; sovint per canviar de dieta es necessari canviar de vida, cosa que no sempre resulta fàcil, malgrat que estigui en joc la salut (Contreras i Gracia, 2006 i 2008; Gracia, 2007).

La utilització de fàrmacs en el tractament de l'obesitat es controvertida. Des que l'OMS va definir l'obesitat com a epidèmica, la indústria farmacèutica va començar a mostrar un major interès pel seu tractament i algunes multinacionals van iniciar ambiciosos projectes d'investigació. Resultat d'això va ser el naixement d'alguns fàrmacs com

l'Orlistat, la Sibutramina i, finalment, el Rimonabant. Aquest últim, aprovat a Europa l'any 2006 va ser retirat del mercat als pocs mesos de la seva aparició. La *European Medicines Agency (EMA)* va ordenar la seva retirada a causa del seus potencials efectes adversos de tipus psiquiàtric⁹². Més recentment, a inicis del 2010, la *EMA* recomanava també la suspensió de l'autorització per a la comercialització de la Sibutramina, després de més de 10 anys de ser utilitzada, degut al seus suposats efectes indesitjables a nivell cardiovascular. El mateix dia l'*Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)* va suspendre cautelarment la comercialització d'aquest fàrmac⁹³. La SEEDO i la SEEN van manifestar el seu desacord, argumentant que aquesta decisió estava basada en els resultats de l'ús de sibutramina en un grup d'obesos d'alt risc (estudi *SCOUT*), no superposable a la majoria d'obesos "normals" (W. Philip T. James, 2005; Formiguera, 2010; SEEDO, 2010). El fàrmac no s'ha tornat a comercialitzar. A finals del 2010 la *Food and Drug Administration (FDA)* va anunciar la retirada del medicament als EEUU⁹⁴. Actualment l'únic fàrmac amb indicació per a l'obesitat aprovar per la EMA és l'Orlistat⁹⁵. Els efectes d'aquest medicament sobre el pes són discrets i se situen en torn a una reducció del 5%; els seus possibles efectes secundaris es redueixen a l'esfera gastrointestinal (Tinahones, 2010). Crida l'atenció que front a la reglamentació aplicada a aquests fàrmacs, persisteix la publicitat enganyosa i l'oferta de productes "miracle" per a perdre pes.

"Jo no estic d'acord amb la retirada de la Sibutramina. El problema està en que tots el fàrmacs antiobesitat han tingut molts problemes en la història, perquè hi ha hagut molts efectes secundaris en diferents fàrmacs que s'han posat al mercat... i llavors, bueno, qualsevol risc... petit... hi ha molta gent que pren els fàrmacs de manera mal indicada i autoprescrita, i l'Agència Europea es va enganxar en això per dir cuidado perquè hi haurà persones que tenen contraindicació i la prendran igualment. La Sibutramina el que passa és que va

⁹² http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2009/11/WC500014774.pdf

⁹³ http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2010/docs/NI_2010-01_sibutramina_reductil.pdf

⁹⁴ <http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/18/farmacologia/sibutramina-retirada-tambien-en-estados-unidos>

⁹⁵ http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Orlistat_31/WC500122883.pdf

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

començà a vendre's de forma fàcil en alguns països i després alguns per Internet i etc., etc. Aprovat per l'European Medicines Agency per al tractament de l'obesitat només hi ha això (Orlistat), tot lo altre no està aprovat". (Metge expert obesitat)

La majoria de clínics han mostrat dubtes en relació a l'ús de fàrmacs en el tractament de l'obesitat degut a la seva efectivitat limitada, als seus possibles efectes secundaris i al seu elevat preu, ja que no estan finançats per la sanitat pública:

"El fàrmac antiobesitat no crec que mai sigui una panacea, jo crec que és un coadjuvant de la dieta, per ajudar a algunes persones que estan fent règim, doncs ajudar-les a seguir, jo moltes vegades la faig servir només per mantenir el pes perdut, no per fer el tractament." (Metge expert obesitat)

" Si una persona s'aprima només amb dieta i exercici físic està claríssim que és millor no posar res més, però hi ha obesitats molt grans que els costa molt, llavors sí... Tenim armes farmacològiques però no són innòcues, i els fàrmacs a vegades estan contraindicats, perquè hi ha gent que és hipertensa, que té múltiples coses i no se'ls pot donar, a vegades els comencem i els hem de parar. Fàrmacs per perdre pes al mercat n'hi ha moltíssims, els endocrinòlegs fem servir només l'Orlistat. Es va plantejar introduir-lo a la Seguretat Social però el preu és molt alt i al final... probablement pel preu, no ho sé." (Metgessa endocrinòloga 1)

"Tenen molt efectes secundaris... Els tractaments per l'obesitat són molt cars, i no estan finançats." (Metgessa endocrinòloga 2)

Les societats científiques (SEEDO, SEEN) han instat les administracions a que financin medicaments per al tractament d'aquesta entitat. Opinen que els obesos pateixen un greuge comparatiu respecte d'altres malalties metabòliques, que sí disposen de fàrmacs amb càrrec a l'erari públic, critiquen que la persona obesa no tingui accés als medicaments, tret que aquests siguin sufragats pel propi pacient, i reivindiquen que no siguin considerats "malalts de segona" sense dret al reintegrament econòmic del tractament farmacològic. Si bé creuen que l'aproximació terapèutica ha de basar-se

principalment en la modificació de l'estil de vida, no dubten que els obesos es poden beneficiar de l'ús de fàrmacs (Moreno, 2007). Tanmateix, la sanitat pública del nostre país no sembla, pel moment, disposada a assumir-ne el cost. D'altra part, la indústria farmacèutica hauria de considerar si el preu dels fàrmacs no està, per l'excessiu, dificultant la seva integració en els productes finançats pel sistema públic de salut.

Una altra modalitat terapèutica consisteix en la col·locació endoscòpica d'un baló intragàstric, que té com a finalitat aconseguir una ocupació parcial de l'estómac, crear una sensació de sacietat i, com a conseqüència, reduir sensiblement la capacitat per a la ingesta d'aliments. Aquest procediment no està exempt d'efectes secundaris, les nàusees i els vòmits són els més freqüents i, en ocasions, poden ser causa de la retirada precoç del dispositiu. La implantació del baló es perllonga uns sis mesos i s'associa a una intervenció dietètica. Durant aquest període de temps s'acostumen a aconseguir pèrdues de pes d'entre 15 i 20 kg. En la majoria de casos, després de la retirada del baló s'objectiva una recuperació ponderal del pes perdut:

"Als sis mesos, si no fas la dieta, te'l treuen i tornes a menjar com abans, automàticament els quilos estan al damunt, i hi ha gent que amb baló no s'aprima. El baló l'únic que fa es reduir la capacitat, però si menges poc a poc i sovint, al final del dia acabes menjant les mateixes calories." (Metgessa endocrinòloga 1)

Molts professionals opinen que el baló intragàstric s'ha de considerar només com un tractament de transició cap un altre tipus de tractament, normalment quirúrgic, i mai com una alternativa al tractament mèdic, degut a la seva poca efectivitat. La reducció inicial de pes que s'aconsegueix amb aquest procediment fa possible que persones amb obesitat mòrbida o obesitat severa, amb un risc quirúrgic elevat, puguin beneficiar-se de la col·locació d'un baló previ a una cirurgia programada.

"Hi ha possibles indicacions, però poquíssimes... te'n diré alguna, per exemple podria ser una indicació per a una persona que necessita baixar de pes com sigui per reduir el risc abans d'operar-se. Per exemple li vam posar a una senyora que estava pendent de transplantament cardíac, però que no li volien

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

fer el transplantament pel pes, pel risc quirúrgic que això comportava. Sí, circumstàncies puntuals.” (Metge expert obesitat)

La sanitat pública només n'assumeix el cost en casos excepcionals com, per exemple, el que acabem d'esmentar. Tanmateix, la seva recomanació i utilització en centres privats és molt més freqüent. Un dels professionals entrevistats, que implanta el baló intragàstric a nivell de consulta privada, reconeix que:

“Això val uns diners i tothom no s'ho pot permetre, encara que hi ha centres que, fins i tot, estan fent plaços a tres i quatre anys perquè se'l posin... és una mica absurd! (Metge digestòleg)

Ell mateix ens explica que:

“Nosaltres el baló considerem que està indicat en una obesitat, no en una obesitat mòrbida ni en un sobrepès. Amb el baló podem disminuir entre 12 i 20 quilos, fa que la persona estigui en un pes que ell, seguint una dieta, ja es pot mantenir.” (Metge digestòleg)

Aquesta darrera afirmació no és compartida per tots els professionals:

“La gent que ho fa servir diuen que aprofiten aquesta època per educar-los a menjar, però bueno, també ho podem fer sense baló. Diuen que s'aprimen i això els estimula a continuar. No estic d'acord. Totalment en contra!” (Metge expert obesitat)

La recomanació en centres privats del baló intragàstric, malgrat la seva dubtosa eficàcia i l'elevat preu del procediment, fa pensar que darrera la seva utilització hi ha quelcom més que un interès exclusivament de salut (cf.: 6.1).

Els descoratjadors resultats a mig i llarg termini de la intervenció sobre hàbits alimentaris i d'activitat física, i el pràcticament inexistent tractament farmacològic, han impulsat el desenvolupament de la cirurgia bariàtrica, tant en la sanitat pública com en la privada, i un increment important del nombre d'intervencions com a opció terapèutica per a casos mòrbids o extrems. En els països associats a la *International*

Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) es van registrar 40.000 intervencions de cirurgia bariàtrica l'any 1988. La xifra va augmentar a 146.301 l'any 2003, va ser de 344.221 en el 2008 i, segons les darreres dades, es va mantenir en 340.768 l'any 2011 (Nicola Scopinaro, 1988; Henry Bushwald, Stanley E. Williams, 2004; Bushwald, Danette M. Oien, 2009 i 2013). Amb 6.000 intervencions quirúrgiques anuals, Espanya és el setè país que realitza més actes quirúrgiques per tractar l'obesitat, constituint ja un procediment habitual. L'edat més freqüent és relativament jove ($43,1 \pm 10,8$) i presenta un clar predomini del sexe femení (76%) (Albert Lecube i Susana Monereo, 2011). La cirurgia bariàtrica requereix per a la seva indicació d'uns criteris de selecció estrictes que fan referència a la magnitud de l'obesitat ($IMC \geq 40$ o $> 35-39,9 \text{ kg/m}^2$ amb comorbilitats majors), a l'edat (entre 18 i 55 anys, i flexible segons el cas clínic), a evolució de l'obesitat mòrbida superior a 5 anys i al fracàs continuat de tractaments convencionals supervisats. Entre les contraindicacions figuren l'existència de malalties subjacents greus, incloses malalties psiquiàtriques severes i addicció a tòxics (Rubio *et al.*, 2004; Rubio, *et al.*, 2007;; M. José Morales *et al.*, 2008). Aquesta cirurgia es considera un tractament eficaç respecte dels tractaments convencionals, aconsegueix en una majoria de pacients un descens important del pes i més mantingut en el temps, malgrat que no està exempta de riscos, no allibera a la persona de seguir controlant la seva alimentació i no sempre aporta els resultats esperats. Els experts reconeixen que encara són necessaris més estudis per determinar fins a quin punt la cirurgia ofereix una milloria tant de la qualitat de vida com de la supervivència dels obesos mòrbids a llarg termini (Rubio *et al.*, 2007). Quant a la morbimortalitat, l'objectiu és aconseguir una mortalitat inferior al 1% i una morbiditat menor del 10%. Segons les últimes dades, la mortalitat per cirurgia bariàtrica es situa al voltant del 0'5%; el percentatge de morbiditat varia molt entre els diferents estudis, si bé és manté per sota del 10% (Juan M.V. Pons-Ràfols, Mireia Espallargues i Cristian Tebé, 2006; Rubio *et al.* 2007; Lars Sjöström *et al.*, 2007; Lecube i Monereo, 2011). Segons un dels metges entrevistats, que habitualment tracta pacients amb obesitats importants:

"Un obès mòrbid que està desesperat, i que ja no creu en res perquè ho ha provat tot, ha fet cinquanta mil dietes i proves i tal, i veu que això és

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

desesperant, en aquestes ocasions, si no hi ha contraindicacions, doncs és el moment de fer l'acte quirúrgic, jo ho tinc molt clar.” (Metge expert obesitat)

La cirurgia bariàtrica utilitza tècniques restrictives, que tenen com a finalitat la reducció de la capacitat gàstrica i la inducció d'una sensació de sacietat precoç, i tècniques malabsortives, orientades a una disminució de l'absorció intestinal dels nutrients. Actualment, una de les tècniques més utilitzades en cirurgia bariàtrica és el *Bypass Gàstric*, que combina el component restrictiu i malabsortiu. En pacients amb obesitats importants s'utilitza també la *Sleeve Gastrectomy* (o *gastrectomia vertical en manga*), tècnica restrictiva que redueix la capacitat gàstrica, o la *Derivació Biliopancreàtica de Scopinaro* i les seves variants, el *Creuament Duodenal* i la *Derivació Biliopancreàtica de Larrad*, parcialment restrictives i preferentment malabsortives (Carlos Sánchez-Cabezudo *et al.*, 2001; Aniceto Baltasar, 2004; Rubio *et al.* 2007; Morales *et al.*, 2008; Salvador Navarrete, 2012). El mateix professional explica que:

“Jo crec que en aquests moments el Bypass és una de les tècniques millors, però en algunes persones això sol no... no en tenen prou. En pacients amb menys de 50 kg/m² normalment la que s'utilitza més a tot arreu és el Bypass gàstric, però amb més de 50 kg/m² la majoria de vegades és un fracàs a llarg termini. Llavors lo que fem moltíssim és la Sleeve Gastrectomy, que és una gastrectomia parcial. En un percentatge de gent li va molt bé això, es manté durant anys, però hi ha un percentatge que se li ha de fer una segona intervenció, i llavors el que fem és un Creuament Duodenal o un Scopinaro.” (Metge expert obesitat)

Però remarca que els pacients sotmesos a cirurgia bariàtrica sempre tenen tendència a recuperar pes i, per tant:

“Jo sempre els hi recordo: -Vostè després li serà més fàcil potser mantenir un pes més baix, però vostè pensi que tindrà que continuar fent exercici físic i continuar fent els seus cuidados dietètics.” (Metge expert obesitat)

En alguns casos, ni tan sols amb la cirurgia s'aconsegueix la pèrdua de pes esperada:

“Tinc alguna persona que se li ha fet algun Bypass o algun Scopinaro, que és la

intervenció més dura, no és pot fer res més, malabsortiva, i continua aprofitant el que menja, sí, sí, n'hi ha algun... amb un Scopinaro i que no ha baixat ni un gram després d'operar-se! I dius, per què? No ho sé. A veure, estic parlant de casos concrets.” (Metge expert obesitat)

En el nostre país la sanitat pública realitza aquest tipus d'intervencions, però existeix una llarga llista d'espera i una prioritització d'aquestes llistes, raó per la qual alguns obesos, si s'ho poden permetre econòmicament, decideixen acudir a centres privats on, en ocasions, els criteris d'inclusió per a la cirurgia són menys estrictes.

“Jo conec algun privat que sí... és molt més fàcil ser lax, més fàcil... per també he vist un ser lax en la pública, eh? Vull dir que he vist de tot a tot arreu, el que passa és que a la privada es dona més això. Nosaltres (a la sanitat pública) tenim una llista d'espera i una prioritització d'aquesta llista. Jo tinc malalts que no hem volgut operar i que han anat a la privada. A veure, jo els explico, en aquest sentit sóc sincer, jo els dic: -Aquí tens aquesta llista d'espera i hi ha altres llocs que tal-, i alguns m'ho demanen, i llavors em pregunten: -Escolta doncs jo és que jo no puc esperar dos anys, vull operar-me ja!-, -Doncs jo ho sento, aquí tu no compleixes els criteris i t'estaràs quatre anys-. I hem pregunten on poden anar, i llavors els ho dic.” Afegeix: “Normalment els centres públics, en general, estan més ben organitzats que els privats, eh?” (Metge expert obesitat)

“El problema de la cirurgia bariàtrica és que sanitat pública té una llista d'espera molt llarga, dos, tres anys o quatre, llavors..., sobretot els que s'ho poden permetre, s'operen pagant.” (Metgessa endocrinòloga 1)

Interessa fer un incís per posar de relleu com les oportunitats de tractament no són iguals per a tothom. Com apuntaven Poulain (2001 i 2009) i Tibere (2007), l'obesitat té un paper important en les interaccions i les desigualtats socials, i pot ser causa, però també conseqüència, d'aquestes desigualtats (cf.: 2.2.2). Com veiem, l'accés a determinats tractaments mèdics (fàrmacs, cirurgia) pot estar supeditat als recursos econòmics de què disposa la persona, cosa que, al seu entorn, i tenint en compte la preeminència de l'aparença del cos en el nostre context, disminuiria les expectatives d'èxit social en individus amb un baix poder adquisitiu.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

"Home, hi ha diferències, eh? Una persona que no té recursos econòmics, home... una dieta la pot fer igual d'una manera que de l'altra, però per exemple l'accés a la medicació no, el Xenical (Orlistat) és car, vull dir és... no té accés tothom, vale? En la cirurgia jo crec que en aquests moments doncs hi ha la cirurgia pública però... és molt lenta la cirurgia pública." (Metge expert obesitat)

Cal recordar, com hem assenyalat en aquest mateix apartat, que l'accés als aliments considerats més saludables, així com el temps dedicat a comprar-los, preparar-los o consumir-los o, també, a tenir cura d'un mateix, poden estar condicionats en gran mesura per la posició socioeconòmica de la persona. Per tant, aquesta posició podria afavorir una major obesitat i, alhora, estar condicionada pel fet d'estar gras.

Tanmateix, hi ha unanimitat per part dels professionals sanitaris en reconèixer que el tractament de l'obesitat és difícil i l'èxit terapèutic és molt baix. Encara que una majoria de pacients aconseguixen una pèrdua inicial de pes, els resultats a mig i llarg termini són pobres:

"En el tractament de l'obesitat en general hi ha molt fracàs, sí, sí, sí." (Metge expert obesitat)

"És una batalla contínua l'obesitat, contínua, que moltes vegades és que... és a la desesperada!" (Metgessa endocrinòloga 1)

Però, donat el procés d'individualització social, de la mateixa manera que s'emfatitza la causalitat individual, aquest fracàs esdevé també un assumpte personal que posa l'accent en la culpa i la responsabilitat de l'obès. Amb freqüència els clínics atribueixen el poc èxit terapèutic a l'actitud del pacient i al no compliment de les prescripcions. La motivació de la persona obesa es considera un requisit indispensable per iniciar un programa de pèrdua de pes i perquè aquest sigui eficaç.

"És superimportant la motivació, jo quan venen vull que estiguin amb ganes, sinó..." (Infermera 1)

"Si em ve un malalt a mi amb poca motivació i que veig que jo no el puc

*motivar, ja plego. Per exemple li dic: -Vostè ha vingut aquí, i com és que ve?
-Oh, és que el traumatòleg m'ha dit això. Penso: -Malament, ja no hi ha
motivació! (Metge expert obesitat)*

Alguns professionals reconeixent la dificultat que pot suposar per a la persona obesa seguir el tractament:

*“Costa molt... és un esforç continuu el que demanes... la persona té que estar
tota la vida controlant i això, clar, és un mica difícil i és pesat, molt pesat, i la
voluntat, ja veiem que al llarg de la vida la voluntat hi ha èpoques que en tens,
èpoques que no en tens, a vegades les coses es torcen una mica ... tornen a
menjar com ho feien abans... és una lluita continua i això cansa, cansa, és
difícil.” (Infermera 4)*

*“Quan un té gana, doncs ja se sap, quan un té gana, té gana, és difícil... si
tinguéssim una medicació fàcil per a treure la gana... o començar a tenir també
el concepte d'una valoració global del pacient, que és el que s'ha de fer sempre,
a veure quin problema té d'ansietat que li provoca ganes de menjar, o la
tranquil·litat que li provoca el fet de menjar.” (Metge digestòleg)*

De tota manera, les referències a la manca de voluntat són constants, cosa que posa de manifest, novament, la idea que la sobrecàrrega ponderal és fruit de la predisposició caracterològica, de la debilitat de la persona, resultat d'una voluntat que també està malalta.

*“I la gent... s'entén en part que tinguin dificultat però... les dietes estan allà per
fer-les! La força de voluntat és una cosa que s'ha perdut.” (Metgessa
endocrinòloga 1)*

*“La majoria de gent que ve a la consulta no està gens disposada a millorar o a
esforçar-se per millorar...són conscients del que han de fer, però els hi falta
voluntat. Venen a buscar la pastilla de la voluntat, perquè ja saben el que els hi
manca.” (Metgessa endocrinòloga 2)*

Penalitzar a l'obès com a culpable de la situació també permet al clínic eludir la seva

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

responsabilitat en el fracàs del tractament en considerar que aquest és producte de la incapacitat del pacient per seguir les recomanacions:

“Què es fracassar? Un fracàs en el tractament sempre és quan tu poses el tractament i aquell tractament no funciona. Si el pacient “no vol” fer el tractament, això és un fracàs del tractament o una manca de conscienciació? Jo trobo que és una manca de conscienciació.” (Metge internista)

Segons els professionals “l’incompliment” del tractament per part dels pacients fa que aquests sovint se sentin avergonyits, i pot comportar l’abandonament del tractament per part de l’obès o, també, que el metge li doni l’alta:

“No vénen perquè se’n donen vergonya que els diguis: -Què passa que t’has engreixat?” (Infermera 4)

“Sempre comencen donant-me justificacions del perquè no ho han complert, normalment excuses que no s’aguanten per enlloc: que si la feina, que si la família...” (Metgessa endocrinòloga 2)

“Els que no van bé deixen de venir. De fet a la consulta donem d’alta a bastants malalts perquè no s’adhereixen al tractament. Els diem que és com un pacte, si ells porten els deures fets nosaltres continuem les consultes, si no els han fet els donem l’alta... dius: - A veure, explica una mica el que estàs fent- i comencen a navegar, no saben res del que els has dit... és absurd continuar.” (Metge internista)

Alguns professionals, pocs, han expressat el seu desacord en considerar al pacient com a culpable d’aquest fracàs.

“És molt fàcil passar la culpa al malalt del fracàs terapèutic, és lo més fàcil. A moltes d’aquestes persones, segons el lloc on van, amb el temps cada vegada els baixa més l’autoestima, perquè... la primera visita... vaig al metge, em veu, segueixo les seves pautes, baixo de pes, estic eufòric, el metge també està eufòric, ha baixat quatre quilos, molt bé, la segona visita encara ha baixat, molt bé, els dos estan eufòrics, la tercera visita...: - Ui! M’he estancat!- I: - Ja fa

això?-, - No, és que ja no ho faig-, i la història és que al final la culpa la té el malalt, perquè el metge o el terapeuta no sap acceptar que hi ha un fracàs en aquell tractament, amb lo qual... i llavors moltes vegades es renya al pacient, i cada vegada el pacient se sent més culpable, sent que ell és el problema, ve pensant: - És que vostè em renyarà-, t'ho diuen, eh?" Però reconeix que: "Com que tinc molts pacients que van a cirurgia (bariàtrica) i veig millors resultats, doncs no em cremo, però jo ho penso, si no tingués eines terapèutiques a mi no em seria fàcil tractar malalts obesos." (Metge expert obesitat)

Aquesta actitud dels professionals envers les persones obeses pot estar influïda, també, pel convenciment que l'obesitat és una malaltia difícil de tractar i comporta sovint una sensació de pèrdua de temps (Aurèlie Bocquier *et al.*, 2005).

"Quasi ningú es forma en l'especialitat d'endocrinologia pensant que acabarà aprimant gent grassa, perquè l'obesitat és una malaltia molt poc popular entre els endocrinòlegs, ja que no hi ha medicació efectiva i l'èxit terapèutic és molt baix." (Metgessa endocrinòloga 2)

"És una malaltia poc agràida... costa, i sobretot quan vénen i no s'aprimen... sí que et desesperes perquè dius: -Què estic fent? Per què vénen si realment no hem de fer res i no perden sinó que guanyen pes?- Sí que és una mica desesperant!" (Metgessa endocrinòloga 1)

Resulta destacable el paper central que la responsabilitat individual de la persona amb excés de pes adquireix en els discurs dels professionals, tant en la causalitat de l'obesitat com a l'hora de justificar el fracàs del tractament; com hem vist, habitualment són els pacients qui, degut al seu estil de vida insaludable o a la seva manca de conscienciació o predisposició, dificulten la resolució del problema. Aquesta visió negativa de la persona obesa respon no només a una experiència que pot resultar frustrant per al professional en no aconseguir els resultats esperats, sinó que també posa de manifest l'acció moralitzadora de la medicina que, com a producte de la cultura que és, i malgrat la seva "cientificitat", opera sovint segons criteris preestablerts culturalment, contribuint a fer de l'obesitat una situació vergonyosa, creant en l'obès una major inseguretat i validant, alhora, la norma de primesa

imposada per la societat capitalista i, en conseqüència, la comercialització del pes corporal. Autors com Sobal (1995) o Poulain (2001 i 2002) adverteixen que la comunitat mèdica ha de ser conscient del rol de "gran estigmatitzador" que pot tenir i percebre'n les conseqüències.

Com hem apuntat, l'aproximació clàssica de la medicina es centra en la malaltia i el treball del clínic consisteix bàsicament a fer un diagnòstic i instaurar un tractament. Aquesta aproximació estableix, habitualment, una relació asimètrica de tipus paternalista, on el professional aconsella, suggereix o dicta les normes a seguir (menjar equilibradament, fer més activitat física...), i on el pacient apareix com a receptor passiu de normes i procediments. En aquest model, les narratives *emic* o experiències del pacient estan poc o gens considerades.

"No entrem en detall en l'estil de vida del pacient... No preguntem per què es volen aprimar. Partim de la base que es volen aprimar, que és el que ens interessa, els tractem i prou. La dietista també es centra en aprimar i no pas en els problemes personals i socials. És cert que si poguéssim saber el per què es volen aprimar ho aconseguiríem abans... no tens temps d'aprofundir tal i com tocaria."(Metgessa endocrinòloga 2)

Com assenyalen alguns autors, es tracta més d'identificar per a "tractar" que de comprendre, cosa que exigeix als clínics d'involucrar-se en la subjectivitat del pacient, de controlar les relacions d'intersubjectivitat entre professional i pacient, i del compromís social o polític amb els factors o les condicions que poden estar al darrere de l'aparició del trastorn (Gracia i Comelles, *et al.*, 2007). Si bé en els últims anys s'ha parlat d'un canvi en la relació metge-pacient (Halsted Holman i Kate Lorig, 2004; José M. Abellán, Fernando I. Sánchez, Jorge E. Martínez, 2008), especialment en el cas de les malalties cròniques, encaminat a un model en què el pacient esdevé un agent més participatiu del procés, el testimoni dels professionals mostra que en la pràctica clínica aquesta postura eminentment paternalista continua sent força comú. És el clínic qui proposa la conducta a seguir i qui, finalment, conserva el poder. En aquest context, l'autonomia i responsabilitat del pacient es tradueix en "seguir correctament les indicacions marcades pels professionals", així com en la seva culpabilització quan

fracassa el tractament. Però no tots els professionals opinen el mateix. Una infermera argumenta que:

“Aquí és on està part del problema, hi ha patologies que, per desgràcia per a les persones que les tenen, no agraden als professionals... l'obesitat és un exemple, no hi ha una pastilla màgica que ho curi... no és com quan dones una pastilla i veus que en l'analítica següent està perfecte, els resultats immediats que tots volem, requereix un temps del professional, més implicació...quan acabes una visita d'aquestes a vegades et canses... i hi ha gent que no li agrada... som molt pastillersos, i les persones són molt més i llavors, clar, hem de canviar el xip. Hi ha malalties que si s'abordessin d'altres maneres potser no farien falta tants tractaments, però això... és filosofia.” (Infermera 1)

D'acord amb Menéndez (2000, 2002 i 2005b), es necessari millorar la comunicació entre professional i pacient, fer-la més simètrica, establint una relació dialògica, una “polifonia” on convergeixen la veu del professional i la paraula del pacient i les seves referències socioculturals. En aquest punt és adient el plantejament d'Arthur Kleinman (1980 i 1988) sobre el concepte de Models Explicatius (EMs). Aquest concepte fa referència a les nocions sobre un determinat episodi de malaltia o malestar i la seva possible terapèutica que són utilitzades per tots aquells involucrats en el procés clínic. Segons ell, la investigació de la interacció entre els EMs dels pacients i els EMs dels professionals és un component fonamental de l'atenció de salut, que permet retre compte dels problemes que apareixen en la comunicació clínica. L'estudi d'aquests models explicatius ens serveix per observar els punts de trobada i, també, el *décalage* entre la visió dels professionals i la visió dels propis afectats, com veurem en el proper apartat. Al meu parer, una relació professional-pacient basada en la confiança i respecte mutu, en la participació del propi pacient en la presa de decisions, és un factor que podria conduir a una certa desmedicalització.

En relació a la manca de temps per aprofundir en les narratives *emic* dels pacients que addueixen sovint els professionals, cal reconèixer que la pressió assistencial a què estan sotmesos alguns d'ells, especialment en la sanitat pública, pot dificultar l'escolta del pacient. Però, com apunten Antoine Avignon i Vincent Attalin (2014: 194): “Ens

adonem que escoltant, estalviem temps i que aprenem més escoltant que parlant.... El metge pot i ha d'exercir un paper important per ajudar la persona amb sobrecàrrega ponderal a recuperar o enfortir la confiança en si mateix. L'escolta activa n'és un element essencial."⁹⁶ Cal destacar, però, que la relació metge-pacient o professional-pacient en l'actual era de la medicina de gestió està subjecta també a criteris d'eficiència o conveniència a nivell social i institucional i, per tant, també condicionada al desig d'administradors i buròcrates (Mark Siegler, 1997). Tanmateix, fenòmens de gran complexitat, com aquest, no es poden analitzar breument sense risc de caure en un cert reduccionisme empobridor. No és objectiu d'aquest treball fer-ho, només posar sobre la taula la qüestió i subratllar que aquest debat no està al marge de circumstàncies històriques, socials i econòmiques.

Front a la transcendència sanitària de l'obesitat i la dificultat del seu tractament sembla lícit abordar el desenvolupament d'accions preventives encaminades a invertir la tendència ascendent de la seva prevalença. Més enllà de la preocupació per la salut, la lluita contra l'obesitat representa també un repte important des del punt de vista econòmic de les polítiques de salut pública (cf.: 4.2), ja que es considera que posa en perill la viabilitat dels sistemes sanitaris al causar importants costos econòmics directes i indirectes (Félix Lobo, 2007). En aquest sentit, la Comissió de les Comunitats Europees (CCE) planteja que: "Combatir el problema del exceso de peso y de la obesidad no es sólo importante en términos de salud pública, sino que contribuirá también a reducir a largo plazo los costes para los servicios sanitarios y a estabilizar las economías permitiendo a los ciudadanos tener una vida productiva hasta a una edad avanzada" (CCE, Libro Verde, 2005: 4). Expressió d'aquesta preocupació són els importants documents elaborats per organismes nacionals i internacionals en anys recents. Destaca la *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS)* adoptada per la *57th World Health Assembly (WHA)* el maig del 2004 (WHO, 2004), que pretén guiar l'acció de cada Estat Membre en el camp de la prevenció per fer front a l'increment de malalties no transmissibles (MNT) observat a nivell mundial, especialment al problema de l'obesitat, i posar en marxa polítiques i plans d'acció apropiats al context particular. L'estratègia aborda específicament una sèrie d'accions

⁹⁶ La traducció és de l'autora.

destinades a: “promoure i protegir la salut orientant la creació d’un entorn favorable per a l’adopció de mesures sostenibles a nivell individual, comunitari, nacional i mundial, que, en conjunt, donin lloc a una reducció de la morbiditat i mortalitat associades a una alimentació poc sana i a la manca d’activitat física” (WHO, 2004: 4)⁹⁷.

Aquesta estratègia estableix quatre objectius principals (Taula 11):

Taula 11. Estratègia Mundial DPAS

Objectius principals
1- Reduir els factors de risc de malalties no transmissibles associats a un règim alimentari poc sa i a la manca d’activitat física mitjançant una acció de salut pública essencial i mesures de promoció de la salut i prevenció de la morbiditat.
2- Promoure la consciència i el coneixement generals quant a la influència del règim alimentari i de l’activitat física en la salut, així com del potencial positiu de les intervencions de prevenció.
3- Fomentar l’establiment, l’enfortiment i l’aplicació de polítiques i plans d’acció mundials, regionals, nacionals i comunitaris encaminats a millorar les dietes i augmentar l’activitat física, que siguin sostenibles, integrals i facin participar activament a tots els sectors, i que incloguin la societat civil, el sector privat i els mitjans de difusió.
4- Seguir de prop les dades científiques i els principals efectes sobre la dieta alimentària i l’activitat física; recolzar les investigacions sobre una àmplia varietat d’esferes pertinents, inclosa l’avaluació de les intervencions; i enfortir els recursos humans que calguin en aquest terreny per tal de millorar i mantenir la salut.

Font: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (WHO, 2004: 3 i 4)

De llavors ençà, molts països han desenvolupat accions particulars. L’anomenada *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)*, presentada pel Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) l’any 2005, és la traducció d’aquesta estratègia global de l’OMS a Espanya. Altres països han desenvolupats programes, per exemple a França el *Programme National Nutrition Santé (PNNS)* es va iniciar l’any 2001 i l’han succeït noves edicions revisades el 2006 i el 2011. Per la seva banda, la Comissió de les Comunitats Europees va crear l’any 2005 la *EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health* amb l’objectiu de donar suport i complementar les iniciatives nacionals i oferir un marc d’actuació comú en matèria d’alimentació, sobrepès i obesitat i problemes de salut que se’n deriven. El mateix any,

⁹⁷ La traducció és de l’autora.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

la Comissió va elaborar el *Libro Verde* (CCE, 2005) i dos anys més tard va publicar el *Libro Blanco* (CCE, 2007), basant-se en l'experiència de la Plataforma i del *Libro Verde*.

A Espanya, l'Estratègia NAOS té com a meta fonamental "Fomentar una alimentació saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas" (MSC, 2005: 17), amb propostes d'accions dirigides a l'àmbit familiar i comunitari, escolar, empresarial i sanitari. Els objectius principals d'aquest projecte són els següents (Taula 12):

Taula 12. Estratègia NAOS

Objectius principals
Fomentar polítiques i plans d'acció destinats a millorar els hàbits alimentaris i augmentar l'activitat física en la població. Aquestes polítiques hauran de ser sostenibles, integrals i buscar una àmplia participació de la societat.
Sensibilitzar i informar a la població de l'impacte positiu que, per a la seva salut, té una alimentació equilibrada i la pràctica regular d'activitat física.
Promoure l'educació nutricional en el medi familiar, escolar i comunitari.
Estimular la pràctica d'activitat física regular en la població, amb especial èmfasi en els escolars.
Propiciar un marc de col·laboració amb empreses del sector alimentari per promoure la producció i distribució de productes que contribueixin a una alimentació més sana i equilibrada.
Sensibilitzar als professionals del Sistema Nacional de Salut per impulsar la detecció sistemàtica de l'obesitat i el sobrepès en la població.
Realitzar el seguiment de les mesures proposades i l'avaluació dels resultats obtinguts a través de l'Estratègia.

Font: Estratègia NAOS (MSC, 2005: 18)

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en resposta a la DPAS, va elaborar l'any 2006 el *Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat*

física i l'alimentació saludable (PAAS)⁹⁸, amb accions dirigides a quatre àmbits: educatiu, sistema de salut, comunitari i laboral (Figura 6):

Figura 6. Àmbits d'actuació del PAAS



Font: PAAS (Generalitat de Catalunya, 2008: 8)

És en aquests àmbits que el PAAS pretén (Taula 13):

Taula 13. PAAS

Objectius principals
Sensibilitzar la població per tal que percebi com a assumibles opcions que promoguin la salut mitjançant la pràctica regular d'activitat física i una alimentació saludable.
Desenvolupar accions informatives i educatives, així com intervencions sobre l'entorn centrades en la problemàtica de determinats estils de vida.
Promoure acords i compromisos en els diferents àmbits per potenciar estratègies de cooperació amb la finalitat de ser més eficients en la utilització de recursos.

Font: PAAS (Generalitat de Catalunya, 2008: 6)

⁹⁸ Revisat l'any 2008.

La DPAS assenyala que els hàbits alimentaris i les modalitats d'activitat física acostumen a respondre a tradicions locals i regionals i que, per tant, les estratègies nacionals han de tenir en compte aquestes diferències, ser culturalment apropiades i adequar-se als canvis registrats en el curs del temps. Tanmateix, els primers programes han estat molt homogenis i a penes han fet referència a la diversitat sociocultural. A Espanya els programes elaborats en les diferents comunitats autònomes són molt semblants, malgrat que prevalença de sobrepès i obesitat entre aquestes comunitats és força dispar (Gracia, 2009a i 2010a; Gracia *et al.* 2012).

D'altra banda, si bé la DPAS recomana assignar prioritat a les activitats que tenen repercussions positives en els grups de població i comunitats més pobres, els programes desenvolupats a Espanya (NAOS) i a Catalunya (PAAS), malgrat que reconeixen que el problema és més freqüent en la població amb un menor nivell socioeconòmic i educatiu, no plantegen iniciatives dirigides a aquests grups socials. La majoria d'accions van dirigides al públic en general, amb independència del nivell sociocultural, gènere o origen ètnic. L'edat és la variable que es té més en compte.

L'Oficina Regional per a Europa de l'OMS va aprovar l'any 2007 el segon *WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012*, on es posa de manifest que la càrrega de malaltia resultant d'una mala alimentació segueix augmentant a la Regió Europea, sobretot a causa de l'obesitat, i s'insisteix, novament, en la necessitat d'informar i educar als consumidors, en adaptar els programes en funció de les necessitats, recursos i context cultural, i en incloure mecanismes de seguiment i avaluació de les polítiques o programes desenvolupats (WHO, 2008).

Cal destacar que, a França, el segon PNNS 2006-2010, en què han participat també expert socials (Gracia, 2009a), presenta algunes novetats significatives respecte de l'anterior: situa l'obesitat entre les seves prioritats, posa més èmfasi en la detecció i la necessitat d'actuar en la població més desafavorida, afirma que l'elecció alimentària és un acte lliure en el context cultural i social de cadascú i que l'acte alimentari, a més de la seva vessant biològica, té una forta càrrega cultural, social i afectiva. En aquesta segona edició també apareix una qüestió important en relació al tema que ens ocupa, que fa referència a la necessitat d'iniciar una reflexió sobre la imatge del cos,

especialment en relació a la recerca de l'ideal de primesa, al paper de la publicitat i a la discriminació que afecta a les persones obesas. El darrer PNNS 2011-2015 es presenta conjuntament amb el *Plan Obésité (PO)* 2010-2013. Aquest PO planteja, entre d'altres, accions dirigides als grups en situació de vulnerabilitat social i econòmica i presenta mesures dirigides a lluitar contra la discriminació i estigmatització de les persones obesas, també en el sistema de salut. Per a alguns la escissió entre el PNNS i el PO atorga novament una major força a la medicina clínica en la direcció de la lluita contra l'obesitat, més centrada en l'individu i el seu comportament (Claire Perrin, 2014).

Recentment s'ha publicat l'*European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020*, destacant una vegada més la necessitat de sensibilitzar la població, d'adaptar les accions als diferents contextos i a les "importants dimensions culturals de la nutrició", i de lluitar contra les desigualtats en matèria d'accés a una alimentació sana (WHO, 2014). Tanmateix, l'enfocament continua molt centrat en la combinació d'accions informatives i educatives a la població general i tendeix a deixar en la penombra el component estructural i cultural dels hàbits de vida de la població. Les iniciatives preses parteixen del supòsit que aquesta informació i conscienciació dels ciutadans és el primer pas per a una elecció raonada. Entre els seus objectius figura: "Millorar la capacitat dels ciutadans per fer eleccions saludables... millorar el seu coneixement sobre dieta i salut i enfortir les seves aptituds en matèria d'alimentació i de nutrició" (WHO, 2014: 8). Segons aquesta visió, aconseguir una bona salut requereix, per exemple, conèixer quins són els carbohidrats bons i dolents, quins són els greixos aterogènics o no aterogènics, és a dir, ser expert en els diferents components dels productes alimentaris i actuar en conseqüència. Llavors menjar és prendre decisions, escollir entre allò que és saludable i allò que no ho és, entre ser prim o ser obès, entre està sa o està malalt i, fins i tot, entre ser moralment correcte o no ser-ho.

Una majoria dels professionals entrevistats opinen que el millor tractament de l'obesitat és la seva prevenció primària, enfocada principalment a conscienciar i educar a la població en relació als hàbits d'alimentació i d'activitat física:

"Superimportant, però començar des de petits, dieta i exercici, a tota la població, sí, sí." (Metgessa endocrinòloga 1)

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

“Política de tipus preventiu i de conscienciació, és fonamental, perquè si diem que és una epidèmia, les epidèmies la única solució són les vacunes, i una bona vacuna per a l'obesitat és, justament, que la gent no l'agafi, i perquè la gent no l'agafi els has d'ensenyar des de petits a menjar i, sobretot, a moure's... La gent ha d'aprendre a menjar i tenir nocions de dietètica, saber què és una proteïna, un hidrat de carboni, un greix...això és important.” (Metge de família)

“Un pilar bàsic és informació i coneixement de què és l'alimentació. A partir d'aquí és molt més fàcil.” (Nutricionista)

De tota manera, hi ha divergències i alguns mostren seriosos dubtes quant a l'efectivitat de les iniciatives empreses fins a l'actualitat:

“Sí, i tant que s'estan fent coses! I que seran efectives segurament!” (Metge internista)

“Home, s'han d'analitzar amb el temps... alguna efectivitat tindran, però... són programes interessants...” (Metge de família)

“Jo crec que aquestes campanyes no són efectives... per a la prevenció s'han d'invertir molts diners i... estem en una època en què ara comencem un programa, ara en comencem un altre, però al cap del temps... toquem moltes tecles però jo no sé... no sé si és l'època de fem, fem, fem, però no acabem. Jo des de la meua perspectiva crec que fem moltes coses però amb cara i ulls... no es fan bé del tot, a la pràctica no s'acaben.” (Infermera 4)

Alguns opinen que, si bé les iniciatives plantejades són importants, dur-les a terme comporta importants dificultats:

“S'han de fer moltes coses a nivell poblacional, el que passa és que no és fàcil, eh? Es requereixen molts recursos, és requereix un canvi de conscienciació de la societat, és... és molt difícil. Jo que sé, no serveix de res dir que s'ha de fer més activitat física sense que tingui la gent possibilitat de fer-la.” Però reconeix que: “Ja hi ha coses fetes, eh? El que passa que jo crec que de forma encara molt

tímida, i sense gastar-s'hi diners, llavors, clar, són poc efectives." (Metge expert obesitat)

Sense ànim de ser pessimista, voldria assenyalar que les estratègies i campanyes destinades a la prevenció del sobrepès i l'obesitat, si ens remetem a les dades presentades en les enquestes o estudis epidemiològics (cf.: 4.2), s'han mostrat fins al moment francament ineficaces en incidir, principalment, en la necessitat de crear consumidors més conscienciats dels riscos que pot comportar l'obesitat per a la salut i millor informats quant al seguiment d'un estil de vida "adequat", enfocat bàsicament a la realització d'una alimentació saludable i una major activitat física .

"Teniendo en cuenta que en nuestro país hay un incremento constante y alarmante año tras año de las cifras de sobrepeso y obesidad, creemos que la población no está suficientemente concienciada y que, por lo tanto, seguimos comiendo mal. En este contexto, desde las sociedades científicas abogan por insistir en educar y animar a la gente a cambiar sus hábitos de vida de forma progresiva. Aunque las circunstancias no nos acompañen, debemos hacer un esfuerzo por comer mejor. Comer deprisa fuera de casa, no hacerlo alrededor de la mesa con toda la familia, comer mientras se ve la televisión o lo que es peor aún delante del ordenador, etcétera, son factores que está demostrado científicamente que determinan que haya más obesidad. Para mejorar esta situación, deberíamos volver a los patrones más clásicos de alimentación, ya que actualmente se ha roto el equilibrio entre las calorías que consumimos diariamente y las que gastamos, lo que conlleva un incremento de grasa corporal y el consiguiente aumento de peso." (SEEDO-SEEN, 2013)⁹⁹

Ens preguntem si aquestes recomanacions són fruit del desconeixement o "l'oblit" dels factors estructurals que condicionen la vida de les persones. Les recomanacions de menjar equilibradament, fer-ho entre tres i cinc cops al dia, sense presses, no saltar-se cap àpat, fer exercici d'intensitat moderada fins arribar als 45-60 minuts diaris... xoquen amb múltiples aspectes de la nostra cultura. Fins ara, les respostes institucionals no han estat orientades a canviar les condicions de vida de les persones més desfavorides, ni els marcs laborals, ni les polítiques agroindustrials o els *lobbys*

⁹⁹ http://www.seedo.es/images/site/Dia_de_la_Persona_Obesa.pdf (consultat 23-01-2015)

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

que hi ha darrera de l'oci passiu. Les decisions relatives a l'alimentació i l'activitat física depenen de diversos constreyniments difícils de controlar individualment, per molta voluntat que s'hi posi:

“Sí, tots ho sabem tot (què és una dieta equilibrada) però després no ho fem. Si és una persona en època laboral, activa, pues claríssim, anem tots de bòlid i a vegades, bueno, te mires a tu mateix i dius no, és que jo avui no he dinat, i això sé que no està bé, jo estic venen salut a la gent i els dic que han de menjar bé, però resulta que jo avui entre la feina i una cosa i l'altre no he tingut temps per dinar. Pues lo mateix que et passa a tu penses que a altra gent també li passa, menjar qualsevol cosa perquè no tens més temps. Clar, una cosa és que un tingui voluntat de fer-ho, bueno, si un no vol, doncs no vol, però a vegades un vol i potser no pot.” (Infermera 1)

Diversos estudis han assenyalat que les normes interioritzades per una majoria de la població mostren una bona apropiació dels discursos nutricionals, cosa que no es tradueix necessàriament en un canvi de les pràctiques d'alimentació, que molt sovint continuen motivades per diferents constreyniments materials i simbòlics (Contreras i Gracia, 2006; Enrique Martín; 2007). Resulta pertinent recordar aquí les reflexions de Poulain (2002: 126-127) quan opina que la qüestió “Com canviar els hàbits alimentaris?” potser està mal plantejada. D'acord amb l'autor, caldria respondre primer a la pregunta “Quina és la naturalesa del comportament alimentari?”, i després preguntar-nos “Com afavorir el desenvolupament de pràctiques apropiades per a uns individus determinats, en una societat i en un moment concrets?”.

En la meua opinió, el concepte prevenció ha de ser ampliat i no limitar-se, com succeeix en moltes ocasions, a la impartició de consells o ordres de dalt a baix. L'actual model de promoció de la salut emfatitza una comunicació unidireccional, verticalista, que es basa en el fet que la transmissió de la informació des del sistema de salut és condició suficient per provocar un canvi d'actitud en la població. Des d'aquesta perspectiva els grups socials són considerats inexperts i passius, en la línia del model paternalista metge-pacient, i les seves conductes fruit del desconeixement i independents de la realitat socioeconòmica i cultural en què es donen. “Se trata de

una aplicació acrítica del prototipo biomèdic característic de la comunicació clínica al terreny de la promoció de la salut y a la implementació de les polítiques sanitàries, de tal forma que la població assumeix la posició de pacient i el professional el estatus de terapeuta" (Martínez-Hernández, 2008: 180). L'autor assenyala que les crítiques a aquest model se centren en la seva ineficàcia per estimular la participació ciutadana i per capacitar o enfortir la població en matèria de salut.

La dificultat de tractament i la, fins ara, poc efectiva prevenció de l'obesitat han propiciat un interès creixent per la genòmica nutricional, que estudia la interacció gen-nutrient i la seva implicació en l'aparició de l'obesitat (i en d'altres patologies) amb la finalitat d'entreveure noves estratègies nutricionals per prevenir-la o tractar-la. Aquest fet pot suposar, a la llarga, unes recomanacions personalitzades en funció dels requeriments específics de cada persona a partir de la informació continguda en el seu genoma i, també, una oportunitat única per a les indústries farmacèutiques i per a les companyies del sector alimentari per desenvolupar productes que ajudin a controlar el pes corporal (Andreu Palou *et al.*, 2004; Palou, 2006; Manuela-Belén Silveira, Lourdes Martínez-Piñeiro i Raffaele Carraro, 2007; Ordovás, 2008). Ara per ara, la investigació es troba encara en una fase incipient de desenvolupament però els tests genètics es comencen a comercialitzar. Poden dir que ens troben davant un exemple típic de com, a vegades, els negocis s'avancen a la ciència. En relació a la fiabilitat d'aquests tests Ordovás, reconegut especialista en nutrigenòmica, opina que:

*"Algunos están contruidos sobre bases que no llegan a ser muy fiables... los que no se sustentan son aquellos test genéticos que, basados en uno, dos, tres genes, ya dicen: -Usted tiene tal riesgo de enfermedad, no puede comer de esto ni esto y cada mes le vamos a recetar estas píldoras.- Y además, sin médico de por medio, o todo por internet. Yo eso no lo recomiendo, es un gasto inútil y un peligro, tanto en términos de falsa seguridad como de los riesgos o de los remedios que ofrecen."*¹⁰⁰

Cal tenir present, però, que l'increment en la incidència de l'obesitat, les advertències

¹⁰⁰ Entrevista realitzada a J.M^a Ordovás: "En alimentación, estamos abandonando el sentido común", Magazine La Vanguardia, 22 de juliol de 2012, pp. 20-24.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

constants sobre el perill que aquesta implica per a la salut i les dificultats que planteja el seu tractament poden generar una actitud positiva dels consumidors cap aquest tipus de serveis. D'altra banda, malgrat que els investigadors consideren que aquesta modalitat d'investigació és un camp prometedor, s'ha de considerar si els test genètics i els productes alimentaris personalitzats poden ser acceptats pel seu cost-benefici i pel seu pes social. Sorgeixen preguntes com per exemple: Estarà garantida la confidencialitat de la informació genètica? Aquesta informació pot donar lloc a eventuais accions discriminatòries, com ara problemes de contractació laboral o adquisició d'assegurances? Si es dóna el cas, la població general tindrà accés a serveis nutrigenòmics o estaran limitats al sector privat? Interrogants que, ara per ara, no podem contestar.

Com ja hem apuntat, l'extraordinària medicalització de l'obesitat no ha aconseguit, fins ara, disminuir la seva prevalença. Contràriament, alguns autors han assenyalat que la problematització de la dieta i del pes corporal pot estar al darrera de no poques obesitats però, també, en l'origen d'alguns trastorns del comportament alimentari (Alemany, 2000; Arnaud Basdevant i Jean-Michel Borys, 2004; Basdevant i Déborah Tholliez, 2004; Gracia i Comelles, 2007; Gracia i Contreras, 2008; Gracia, 2009a). Es força evident que avui en dia la por a la grassor afecta a moltes persones, que devoren tota la informació relativa a nutrició, salut i bellesa independentment de quin sigui el seu pes corporal. Un dels professionals entrevistats ha reconegut que una pressió exagerada contra l'obesitat pot tenir efectes contraproductius, especialment entre la gent jove, si bé creu que el problema prové principalment del missatge que equipara cos prim amb cos estèticament ideal i saludable, i no pas del missatge procedent del món sanitari que estableix la relació entre obesitat i malaltia:

"Home i tant que pot ser. Jo veig les dues bandes, també tinc la consulta de trastorns del comportament alimentari, eh? I llavors et dones compte que hi ha alguns adolescents que comencen per aquesta preocupació excessiva pel pes. Però, una cosa és preocupar-se per un pes excessiu, l'altra cosa és el cos bonic que és quan menys pes millor." Puntualitza: "Però aquest paral·lelisme (cos prim estèticament ideal - salut) no el transmet el professional sanitari. Jo crec que és més pel missatge aquest de... el cos ideal, però no pel fet de salut, no

crec que sigui aquest el missatge que distorsiona les coses."(Metge expert obesitat)

Com veurem (cf.: 6.1), a desgrat d'alguns professionals de la salut, el discurs biomèdic sobre obesitat ha estat emfatitzat i utilitzat amb finalitats comercials, associant primesa amb ideal estètic i salut, a vegades, fins i tot, per part dels propis professionals. Però, també, la consideració de l'obesitat com a patològica, les reiterades recomanacions des del món sanitari d'evitar un excés de pes corporal per motius de salut, així com les constants referències a la responsabilitat individual, han legitimat, sens dubte, l'ideal corporal de primesa i la idea de salut i autocontrol en relació a la pèrdua de pes. Caldria, per tant, tenir una especial cura per no induir actituds o efectes no desitjats.

En qualsevol cas, perdre pes és difícil i problemàtic. En aquest sentit, algunes observacions en relació al tractament de l'obesitat procedents de la literatura biomèdica en conviden a reflexionar. John S. Garrow explica que una majoria d'obesos abandonen el tractament dietètic poc després de començar-lo, entre aquells que el continuen, un majoria no perden pes, i entre aquells que aconseguen perdre pes, la majoria tornen a recuperar-lo. Opina, també, que si ni el metge ni el pacient confien en el tractament, aquest no funcionarà (Garrow, 1988). Els consensos mèdics indiquen que només amb una petita reducció del pes (5-10% del pes inicial) els resultats que es poden obtenir són substancialment positius per a la salut de les persones obeses. Però, tornant a les paraules de Marià Alemany citades a l'inici d'aquest apartat, val la pena preguntar-se fins a quin punt són necessaris o recomanables els patiments a què se sotmeten moltes persones amb l'esperança d'assolir, si més no, aquesta petita pèrdua ponderal. Això no significa que no s'hagi de fer res. Al meu entendre, la dificultat està en trobar l'equilibri que permeti destriar quins problemes requereixen atenció mèdica i quins no, en no sobremedicalitzar aquells pesos que, malgrat estar un mica per sobre de la "normalitat", no suposen cap problema de salut, però tampoc "inframedicalitzar" aquelles obesitats que sí constitueixen una malaltia i comporten serioses dificultats per a la vida diària de la persona, i entendre que el fenomen de l'obesitat no es pot deslligar de tot allò que envolta l'individu. Cal tenir en compte la persona, el seu entorn i el conjunt del sistema, i anar més enllà d'una aproximació

centrada en l'individu i la malaltia, i cal, sobretot, no culpabilitzar. Potser cal, també, un bany de realisme i acceptar que la medicina científica no té respostes per a tot, ni les que té, que són moltes, són vàlides per a tothom, i que, a vegades, aquestes respostes generen nous problemes més que no pas solucions.

4.4. Vivint l'experiència de ser o no ser malalt

Interessa ara abordar i analitzar a través de les narratives de persones diagnosticades de sobrepès o obesitat quines són les seves percepcions o experiències en relació a la incorporació, o no, de la seva grassor com a malaltia, a les causes del seu elevat pes corporal, a les estratègies dutes a terme per tal d'enfrontar-lo i als motius que els han portat a sotmetre's a tractament mèdic, a les dificultats i resultats dels tractaments i a l'atenció sanitària rebuda. Com veurem, les seves opinions i vivències al respecte són diverses i poden variar, encara que no sempre, en funció del grau de sobrecàrrega ponderal, de la presència de comorbiditats, de l'edat o del gènere. Interessa, també, observar el *décalage* o coincidències entre la visió dels professionals i la dels propis afectats a què feiem referència en el punt anterior.

Com sabem, tenir una malaltia diagnosticada biomèdicament no implica necessàriament considerar-se o sentir-se malalt; contràriament, un malestar o una sensació de no-salut pot donar-se en absència d'una malaltia coneguda o diagnosticada. L'antropologia planteja que la malaltia s'ha d'entendre com un fenomen mutidimensional front a la unidimensionalitat analítica i centrada exclusivament en la disfunció biològica que caracteritza el model biomèdic. Per això proposa les nocions de *disease*, *illness* i *sickness*, que fan referència respectivament a la dimensió biològica (patologia), a la dimensió cultural o subjectiva (patiment) i a la dimensió social de la malaltia (més centrada en les pràctiques i en els contextos socials), en un esforç d'integració de diferents paradigmes a partir d'una segmentació artificial del fenomen de la malaltia. Si bé aquests termes són sinònims en l'anglès col·loquial, poden servir com a estratègia explicativa oposada als plantejaments del reduccionisme biològic (Comelles i Martínez-Hernández, 1993; Martínez-Hernández, 2007 i

2008). Des d'una visió *profana* la percepció subjectiva de l'obesitat no sempre es correspon amb la dimensió objectiva biomèdica i, fins i tot, pot no haver-hi concordança amb la dimensió social, en el sentit de ser reconegut per altres com a no saludable, fet que implicaria que l'entorn social, possiblement excepte en el cas d'obesitat mòrbides o extremes, no sempre reconeix o concedeix la categoria de malalt, o la possibilitat de ser-ho, a la persona amb excés ponderal, i que pot estar relacionat al fet de considerar l'obesitat com a evitable i a l'obès culpable de la seva grassor. En la nostra llengua no fem una distinció tan clara entre aquests termes (*disease*, *illness*, *sickness*), parlem de *malaltia* com quelcom que entenem que afecta la salut (encara que pot no correspondre exactament amb la *disease* biomèdica, ja que pot incloure una dimensió subjectiva i social), o de *malestar* com quelcom imprecís, una percepció subjectiva, que d'alguna manera altera el nostre benestar i que es podria correspondre, o no, amb una malaltia, però no tenim una definició concreta per a la dimensió social de la malaltia, cosa que no significa que no existeixi aquesta dimensió. D'acord amb Martínez-Hernández (2008: 172) "una enfermedad, un síntoma, una queja, una aflicción o un proceso terapéutico pueden entenderse como acontecimientos que condensan un mundo de representaciones y relaciones sociales a la manera del concepto «hecho social total» de Marcel Mauss."

En el context d'aquesta recerca, i seguint els conceptes de *malaltia* i *malestar* propis de la nostra llengua i context cultural, observem diverses situacions que permeten retre compte de les diferents percepcions o dels diferents tipus d'experiències de persones catalogades biomèdicament de sobrecàrrega ponderal, tant pel que fa a la consideració, o no, de l'obesitat com a malaltia, com al fet de sentir-se o no sentir-se malaltes o experimentar algun malestar. Aquelles persones diagnosticades d'obesitat mòrbida o extrema, sobretot si presenten complicacions de salut associades al seu pes corporal, acostumen a acceptar que l'obesitat és una malaltia, es perceben a si mateixes com a malaltes o, si més no, expressen malestar. Per exemple la Sara i la Cèlia opinen que:

"Lo que sí sé es que no estoy sana. Realmente si estás obeso no estás sano"
(Sara, 35 anys)

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

"El estar gordo es una enfermedad." (Cèlia, 28 anys)

En el cas de la Clara, la incorporació de la seva obesitat mòrbida com a malaltia s'ha produït només a partir de la detecció d'alguna alteració de la salut, suposadament derivada del seu elevat per corporal:

"He estat sempre grassa, però he sigut molt àgil, no m'he cansat mai gaire... fins ara no m'he reconegut com a persona obesa. Ara, sí. Ara m'han fet entendre que és una malaltia, i ho estic acceptant com a tal. Fins ara no creia que ho fos, però ara m'han fet veure que sí. Em van mirar el sucre de la sang, estava a 377, i, és clar, després d'això... li he vist les orelles al llop." Tanmateix, no ho veu com una malaltia crònica: "No, tant com crònica no, jo crec que és pot millorar." (Clara, 44 anys)

La Catalina entén que la seva obesitat extrema suposa una malaltia i que, per tant, ella s'ha de considerar malalta. Tanmateix, recalca que es troba bé, cosa que fa suposar que ha incorporat els discurs biomèdic que designa l'obesitat com a patològica però no totalment la condició de malalta, si bé accepta que això li pot afectar la salut:

"Jo ho veig com una malaltia, no sé si perquè t'ho han inculcat... no sé. Malalta? Pel fet d'estar grassa sí, però per una altra cosa no! Clar, perquè tothom ho diu que és una malaltia, però estic bé! Jo tot lo dia vaig d'aquí cap allà, per amunt i per avall! Però... no vull arribar en això de no poder-me moure. (Catalina, 26 anys)

Sorprèn el cas de la Irene o la Yvonne que defineixen l'obesitat com a malaltia i, malgrat presentar obesitats importants i problemes derivats del seu excés de pes, verbalitzen només una sensació de malestar, però minimitzen o neguen la seva condició de malaltes:

"És una malaltia, l'obesitat és una malaltia! Jo vull sentir-me bé, anar a passejar amb els amics i no ofegar-me... no sentir-me que ara estic cansada, que no sé que tinc..." Però a la pregunta de si se sent malalta contesta: "Home, malalta, malalta, no!" (Irene, 35 anys)

“Una malaltia, sí, clarament. Sí, sí, és una malaltia crònica... més que curació té arreglo, curació, curació... no. Malalta en el meu cas no, però tocada sí... Cansament moltíssim, perquè portar tot això a sobre, és com portar dos embarassos. Després també molta por...És molt angoixant, vas al metge i ara no sé què, ara cuidado amb el sucre, ara compte que... home! Clar! I esgota molt, molt, molt... si estàs molt gras ni una miqueta d'esport no pots fer... és un cercle viciós, és molt complicat!” (Yvonne, 33 anys)

Veiem com la dimensió objectiva percebuda pel professional i la dimensió subjectiva individual poden entrar en contradicció, cosa que succeeix, sobretot, quan el sobrepès o l'obesitat no s'acompanyen de comorbilitats i no suposen una limitació per a les activitats de la vida diària. Llavors, les persones afectades poden no percebre la seva situació com a malaltia, fins i tot en presència d'obesitats importants. En Juan, diagnosticat d'obesitat mòrbida, no ho veu com una malaltia ni es considera malalt:

“No veo la gordura como una enfermedad, es un estado que uno puede adelgazar... pero claro si cuesta tanto al final me voy a creer que es una enfermedad... pero no, yo no lo he visto nunca como una enfermedad, nunca me he sentido enfermo.” (Juan, 46 anys)

Altres, com la Pilar, en Pau o l'Arnau que presenten obesitat tipus I o tipus II, opinen que:

“Uno puede tener un sobrepeso, no eres estéticamente perfecto, pero ¿Y qué? ¿Yo enferma? ¡Qué va, qué va! Yo me encuentro bien, me muevo bien, no soy hipertensa, no soy diabética...” (Pilar, 54 anys)

“Crec que l'obesitat és un estat més que no pas una malaltia... controlant el que menjo i fent esport es pot canviar.” (Pau, 32 anys)

“Un estat corporal... Potser sí que em canso una miqueta més, però és per la falta d'exercici d'anys! Si estigués més acostumat a fer activitat, doncs ni ho notaria, no em suposaria un problema.” (Arnau, 21 anys)

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Sembla, doncs, que per a molts individus diagnosticats biomèdicament de sobrecàrrega ponderal la presència de comorbilitats o les limitacions que un pes elevat pot comportar per a la vida diària són els factors més determinants a l'hora de definir la seva obesitat com a malaltia i, sobretot, d'assumir si són o no són malalts. En relació al gènere, la majoria dels homes entrevistats no entenen l'obesitat com a malaltia, no es consideren malalts ni, tampoc, experimenten o expressen malestar. Seguint a Lupton (2012), molts homes tendeixen a descartar les necessitats de salut com una forma de construir la seva masculinitat. Si estar malalt i necessitat d'ajuda i atenció es representa culturalment com una característica més femenina, associada a vulnerabilitat, debilitat o manca de control sobre el propi cos, llavors, per afirmar la masculinitat, molt homes eviten que se'ls imputi una malaltia, demostrant d'aquesta manera la seva diferència respecte de les dones. Vull ressaltar l'expressió "una miqueta" que fa servir un dels homes entrevistats, diagnosticat d'una obesitat tipus II; la utilització d'aquest diminutiu intenta, possiblement, restar importància o disminuir l'efecte que pot tenir sobre la persona, en aquest cas un noi jove, el fet de considerar-se malalt o reconèixer una certa reducció de la seva capacitat física resultat del seu elevat pes corporal. Veiem que atribueix la culpa del seu cansament a la manca d'activitat física, no a l'obesitat.

Cal assenyalar, també, que algunes d'aquestes persones han fet una clara distinció entre "gras" i "obès", associant sempre obesitat a la presència de problemes de salut.

"Estar gordo es una cosa y estar obeso es otra. Yo entiendo obesidad esta obesidad que te reduce la movilidad, esa obesidad casi mórbida." (Pilar, 54 anys)

"Gras és una persona amb sobrepès. Obès és quan aquest sobrepès comporta problemes de salut... un obès no es pot valer per ell mateix, no té mobilitat, no és àgil." (Mercè, 23 anys)

Per als més joves, com apuntava Giddens (1995), els danys potencials per a la salut, derivats en aquest cas de la sobrecàrrega ponderal, semblen molt distants, cosa que faria que no els contemplantessin seriosament com a possibilitats. Cal destacar, però, que, si bé els joves entrevistats no es consideren malalts i no presenten o són mínims els

problemes derivats del seu pes, en molts d'ells la idea del risc que una obesitat pot suposar per a la salut, tan reiterada des de la biomedicina, encara que llunyana està ben present.

"Jo penso que... és una malaltia, potser sí... perquè en un futur, perquè d'aquí a uns anys no tingui colesterol..." Però a la pregunta de si se sent malalta respon: *"No!"* (Mònica, 18 anys)

"Vaig decidir anar-hi (al metge) per tots els problemes que es poden tenir en un futur. No és una malaltia ara, però a la llarga sí." (Mercè, 23 anys)

"Si no empiezo a controlar un poco ahora... a lo mejor llegas a los 40 y... un poco tarde ya, no?" (Julio 18 anys)

Però indistintament del grau de sobrepès o d'obesitat, de l'edat, del gènere, del fet de considerar-se o no malalts o de sentir-se o no discriminats degut a la seva grassor, el motiu adduït amb més freqüència per intentar baixar de pes és la salut, cosa que fa suposar, d'una banda, que una majoria han incorporat el discurs biomèdic sobre obesitat i, d'una altra, que no volen, probablement, reconèixer que els preocupa l'estètica, malgrat que molts, especialment les dones, han manifestat sentiments de vergonya o inseguretats, o discriminacions lligades a la seva grassor (cf.: 2.2.2).

"Em preocupa aprimar-me per motius de salut no pas per qüestions estètiques"
(Pau, 32 anys)

"No, jo només és per salut." (Catalina, 26 anys)

"Salud, sí, sí. A mí lo de la estética y todo eso me trae sin cuidado." (Carla, 35 anys)

"Por salud, por estética no!" (Julio, 18 anys)

Entre totes les persones entrevistades, només tres dones han reconegut obertament que el que més els preocupa és l'estètica.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

“Jo sempre feia pagar a la salut, em preocupava la salut però ara veig que el primordial era l'estètica, me'n dono compte cada dia més, a mesura que vaig pensant... però s'hauria de mirar més per la salut.” (Laura, 34 anys)

“No, la salud no, no, a mi me disgusta el sobrepeso porque me gustaría estar más delgada ¿Por qué me gustaría estar más delgada? Pues por el reconocimiento social, sinceramente... yo me encuentro bien, ¿Por qué cojones me tengo que poner a régimen, si no es por el aspecto estético?” (Pilar, 54 anys)

“Lo de fora, l'aspecte.” (Mónica, 18 anys)

Les raons per explicar el seu excés de pes són molt diverses. Fan valer factors individuals, estils de vida “inadequats” i introdueixen de manera molt més clara que els professionals sanitaris elements relacionats amb les dimensions socials i estructurals. Molts han assumit la pròpia responsabilitat, encara que també esmenten el pes dels gens o, com veurem més endavant, citen factors de l'entorn en la causalitat de l'obesitat:

“Lo mio es genético... pero luego también están los malos hábitos alimenticios, que esto agrava la situación. Yo llegué a pesar 160 kilos, eso no es genética! Esto son malos hábitos, esto no es que comas mucho, es que comes mal. Uno no está gordo del aire ¿Vale?” (Cèlia, 28 anys)

“De genètica algo hi deu haver, però no tot.... Jo és falta de voluntat, de ser constant. Mira que per a moltes coses sóc súper constant, però amb això no! Jo ho reconec.” (Catalina, 26 anys)

La idea que l'obesitat rau en conductes personals pot estar al darrera d'aquest sentiment de culpa. Però no tots els entrevistats es consideren culpables. Alguns estan totalment en desacord amb la visió que hom té de l'obès com a golafre sedentari i subratllen raons no comportamentals que podrien explicar el seu augment de pes al marge de la seva voluntat:

“Hi ha d’haver alguna cosa perquè no... a veure, una persona pot estar grassa perquè no té voluntat, però crec que falla alguna cosa. Jo he tingut molta voluntat, tinc molta voluntat, moltíssima, i quan hem proposo una cosa que no he de fer no ho faig, encara que m’ho posin davant del nas no ho faig... jo no sé què és el que falla... el sistema nerviós o jo què sé! La pressió de la societat perquè has de tenir un determinat aspecte estètic... perquè és que provem tantes porqueries (per aprimar)... Els menjars ràpids, fan molt de mal, això és còmode i la gent aquí sí que pica, aquí potser sí que la indústria ha pecat una mica en tot això.” (Laura, 34 anys)

“Es pensen que ets tu que no saps cuidar-te, que ets tu que no saps menjar, ets tu que menges massa, ets tu que piques entre hores, que estàs tot el dia dale que te pego... No és veritat! ... Això és mentida! Perquè l’estrès engreixa, perquè si tens algun problema de tiroides, de metabolisme... tot el que mengis t’engreixa el doble. Doncs de tot això ningú es fa càrrec. Després a nivell personal jo vaig en bicicleta, vaig a caminar pel carrer, faig natació, faig una pila de coses! I en canvi em costa moltíssim perdre pes, molt, molt, molt!! Perquè tu tens un horari laboral i llavors això et marca molt les pautes alimentàries... només tens una hora per dinar, clar... també et condiciona molt.”... (Yvonne, 33 anys)

Ateses les irregularitats o els múltiples esdeveniments que omplen la vida quotidiana de moltes persones, sembla cada cop més difícil aconseguir un “estil de vida saludable” que permeti establir unes rutines en relació a allò que es considera una alimentació i una activitat física adequades. Són molt freqüents les al·lusions relatives a la manera de viure de les societats industrialitzades, a la manca de temps i als ritmes i horaris de treball o d’estudi com a elements que afecten directament la seva alimentació i activitat física i que poden incidir en el seu pes corporal. La durada de la jornada laboral i la diversitat o incompatibilitat d’horaris i activitats entre els components del grup domèstic pot comportar una individualització i simplificació dels menjars. Com expliquen Contreras i Gracia (2006 i 2008), s’incrementa el nombre d’àpats que es fan en solitari, s’amplien les franges horàries i s’amplien i es

diversifiquen els llocs on es realitzen les ingestes. Sovint el menjar del migdia es resol fora del domicili i el sopar domèstic es soluciona amb “qualsevol cosa ràpida”.

“Jo sempre havia estat molt esportiu... ho vaig deixar per motius de feina i estudi. Vaig començar a guanyar quilos... la meva feina no ajuda gaire, ja que l'informàtic està tot el dia assegut.... Els horaris són molt dolents perquè marxo a les set del matí de casa i arribo a les vuit del vespre... trigo temps en anar i venir. No dino sempre al mateix lloc, ja que per la feina em desplaço bastant. Siestic a la oficina vaig a dinar a casa dels meus pares que viuen a prop, siestic fora dino a restaurants o a menjadors d'algunes empreses.” (Pau, 32 anys)

“Hem canviat molt en sa manera de menjar. Arribes de sa feina i te fas qualsevol cosa super ràpida i per amunt! Saps? És que influeix molt! Però me diuen: - A media mañana tienes que comer, sí o sí-. Com putes trec jo cinc minuts!! O: - A la una tienes que comer-. Jo surto a les tres de la feina, fins a les tres i mitja no puc, i jo a les tres i mitja estic afamada!! Saps? ... Jo dono sa culpa a sa manera de viure.” Afegeix: “Ma mare comença a les quatre i jo arribo a les quatre menys quart! Ma mare dina tota sola, no me pot esperar que jo arribi! Cadascú a la seva!” (Catalina, 26 anys)

“Al medio día comemos en casa de mi madre y por la noche cualquier cosa, más ligera, en plan casa, no sé, sándwich de jamón y queso....” (Cèlia, 28 anys)

De fet, la al·lusió a “qualsevol cosa” ja es prou significativa. Contreras i Gracia assenyalen que en el sopar “són molt nombroses les referències al consum d'entrepanes, hamburgueses, pizzes i congelats” (Contreras i Gracia, 2008: 172-173).

Les persones més crítiques i que han manifestat una major malestar subjectiu davant la manca de temps han estat aquelles que tenen més obligacions familiars i més dificultats per conciliar-les amb els horaris laborals, especialment les dones, que sovint, malgrat el temps dedicat al treball remunerat i fora de la llar, continuen assumint una gran part de les tasques domèstiques (Cristina Brullet, 2012; Carlos Prieto i Sofía Pérez, 2013). Per exemple, quan a l'activitat física, la Cèlia i la Laura han

declarat que els resulta força complicat disposar de temps per incrementar el seu nivell d'activitat:

"Hacer ejercicio! A ver, cuándo? Me paso todo el día sentada, voy al trabajo, vengo a las 13,30 de trabajar y de las 16 a las 20 horas, entre que llego a casa las 20'30 horas.... Tendré que dar de comer a mi gente! Tendré que ponerme a hacer las cosas de casa que no me ha dado tiempo a hacer durante el día! Si uno tiene familia y se tiene que ganar un sueldo.... " (Cèlia, 28 anys)

"Jo abans ens feia (més activitat física), ara no en faig... no hi ha temps, és molt difícil, la gent que tenim família i crios... has de sacrificar un temps de la família per poder fer-ho." (Laura, 34 anys)

Cal esmentar que algunes persones, principalment dones, han citat l'ansietat o l'estrès com a una de les possibles causes de la seva obesitat i, també, el recurs al menjar com a mitjà per disminuir tensions.

"Yo tengo la teoría que cuando estás ansioso hay personas que tienen tendencia... yo no sé si... algo metabólico que hace que cuando estás ansioso, aún sin comer más tienes tendencia a engordar más, yo no como más, no como más que en otras épocas, pero sí que es verdad que estoy muy estresada, yo vivo una vida... sí que estoy estresada." (Pilar, 54 anys)

El relat de la Mireia il·lustra molt bé aquesta situació d'estrès i la sensació d'alliberament o "deixar-se anar" que li produeix el fet de menjar:

"Estrés... en mi caso es eso, yo lo tengo claro... problemas pues con todo, con el sueño, con la comida, con todo... He tenido momentos en los que he querido hacer dieta pero es que no he podido. Hay momentos en los que sí lo puedo afrontar y momentos en los que no.... Yo en una situación que estoy más tranquila pues soy capaz de mirarme más por la comida... però llega un punto que, que eso, he tenido varios picos de estrés... todo es por el trabajo, y entonces... hace que llegue un punto que estoy en el trabajo, pues 13 horas, y quiero salir y morirme en el McDonald's ¿Por qué? Porque es mi único

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

momento. Da igual, digo McDonald's como podría decir ... comerme una paella ¿Por qué? Porque lo necesito, porque disfruto con eso, porque ... para mi es como una liberación. Ya que estoy aquí puteada todo el día, pues ahora me bajo y me compro una hamburguesa en el frankfurt ¿Por qué? Porque sí, porque quiero, porque ya doy suficiente como para encima tener que comer una lechuga, pues no!! ... Pues llegar, ponerme en el sofá y comer un paquete de patatas tranquilamente mientras estoy viendo la tele. Es mi momento y, además, no lo controlo!! Pues sí, es como un acto de rebeldía de decir pues ahora hago lo que quiero y como lo que quiero.” Afegeix: “¿Remordimientos? No, no, para nada... peco, peco con todas las de la ley porque me encanta y porque es genial ¡Vamos genial!” (Mireia, 26 anys)

Si bé això vindria a reforçar la hipòtesi de la cronodisrupció en la causalitat de l'obesitat com a conseqüència d'un canvi en els hàbits de vida i de l'increment de la ingesta calòrica com a resposta a l'estrès (ingesta d'aliments de “recompensa”) (cf.: 4.3), cosa que no poso en dubte, sota el meu punt de vista, novament el problema i la solució estaria en reconèixer i actuar sobre els components estructurals que condicionen en gran mesura aquests hàbits de vida més que no pas en tractar l'individu particular.

Moltes persones entrevistades també han fet referència als pressupostos domèstics com a determinants de les eleccions alimentàries i de les oportunitats per fer activitat física o cuidar d'un mateix. Com hem vist, l'obesitat es deixar sentir més en uns grups socials que en uns altres, mostrant una incidència més acusada en els nivells socioeconòmics més desfavorits. Podem dir que no és igualment senzill per a tots els grups acostar-se a una dieta saludable, realitzar més activitat física o accedir als diferents tractaments.

“L'alimentació esdevé diferent segons l'economia que tinguis, no? Llavors la societat sí que marca.... Tu fas la teva compra i doncs tu fas una miqueta la teva recerca alimentària. Però clar, l'alimentació va reconduïda per uns factors econòmics. Clar si tu tens una economia doncs tu... pots comprar diferent que si tens un pressupost més petit, més reduït, que clar només pots anar a coses més

marcades pel preu, no pas per la qualitat alimentària, i això també és un handicap, perquè a l'hora de poder-te cuidar, de fer règim, de fer tot... clar, si tu no pots invertir uns diners, doncs també va en contra teva.” (Yvonne, 33 anys)

“A ver, si tu tienes que llenar la barriga con menos dinero pues comes más patatas, más arroz, más pasta y muchísima menos carne, pescado... a parte que la gente con dinero no sólo puede comer mejor, pero se puede operar, se puede masajear, si puede liposuccionar..... Tienes más medios a tu alcance para superar aquello.” (Pilar, 54 anys)

Cal esmentar un últim element força interessant que introdueix la Pilar en relació a la causalitat de l'obesitat i que fa referència a “l'excés d'informació” com a factor afavoridor de certes pràctiques que poden incidir sobre el pes corporal:

“Otro de los factores que se incluiría en la forma de vida y en el cambio social es el acceso a mucha información y de forma muy fácil. Ahora hay continuamente una avalancha de información, entras en Internet, en según que páginas y hay anuncios sobre dietas... y además calcule su peso ideal... y calculas tu peso ideal, sobretudo páginas de estas así de productos para adelgazar... o sea, ¡Exagerado! Muchísima información en todos los sitios, en la tele, la tele la tiene todo el mundo... me influye hasta a mí, que se supone que no me tendría que influir, porque cuanto más estudias y más avanzas pues más cultura tienes, y entonces dices ¡Tía! Pero es, es extraordinariamente difícil. Sí, mucho, porque... te hace hacer cosas, y tonterías y coger depresiones y todo... y subir y bajar de peso de forma exagerada.” (Pilar, 54 anys)

Avui en dia, les societats industrialitzades s'enfronten a la paradoxa de disposar d'una gran quantitat d'informació que implica, alhora, un problema en relació a criteris de veracitat, rellevància i qualitat. Aquest creixement i abundància informativa o *mass-informació* (Gracia, 1996), d'origen divers i sovint contradictori, i que respon a interessos també diversos, pot comportar finalment un cert grau de desorientació o desinformació, generant en la població receptora dubtes, equívocs o diverses interpretacions. Fischler (1995), en relació a l'alimentació, parla d'un *quirigall dietètic*, provinent de l'Estat, dels metges, dels industrials o dels mitjans de comunicació,

fundat en una vertadera *cacofonia alimentària* on s'entremesclen permanentment i de manera més o menys confusa discursos dietètics, culinaris o gastronòmics, que aconsegueixen sobretot nodrir la incertesa del comensal¹⁰¹. En aquest context, la difusió massiva d'infinat de propostes que suggereixen propietats específiques aprimadores o contra l'obesitat¹⁰² pot afavorir en les persones la conformació d'expectatives poc reals i induir pràctiques que faciliten la pèrdua de pes en períodes curts de temps, però que no garanteixen en absolut els resultats a mig i llarg termini, ni tampoc la seguretat dels del punt de vista de la salut. Diferents mètodes, dietes o fórmules magistrals (habitualment mescles de diversos principis actius, plantes o altres substàncies que, utilitzats conjuntament, produeixen un efecte anorexigènic, saciant, laxant, diürètic o tranquil·litzant) s'anuncien o comercialitzen a través dels mitjans de comunicació (a destacar l'accessibilitat d'Internet), i també en parafarmàcies, farmàcies, centres d'estètica o consultes privades (Noemi G.P. De Villar, Viviana Loria i Susana Monereo, 2003; Pieter A. Cohen, Alberto Goday, i John P. Swann, 2012). La Pilar explica que fa uns anys:

“Fue en el 93 o 94, fui a la consulta de este médico X que te daba un régimen normal, unas 1.500 calorías, pero te daba un tratamiento de pastillas, que yo no sé lo que llevaban, desde luego inhibidores del apetito... y pienso que llevaban algo de tiroxina porque es imposible que en 3 meses se perdiera el peso tan rápido sólo con el régimen. Llevaban algo de ansiolítico también, llevaban algún diurético... algo de tiroxina, algo así llevaban. Al pensar por qué ahora estoy así... ¿Puede que fuera algún efecto rebote de aquello? Puede que a lo mejor.”
(Pilar, 54 anys)

La legislació específica sobre “publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria” es va publicar l'any 1996 (MSC, 1996). Cal assenyalar, però, que molts d'aquests “remeis” continuen circulant impunement malgrat les mesures legals que, suposadament, haurien d'impedir la seva

¹⁰¹ Cal destacar el CÓDIGO DE CORREGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD DE ALIMENTOS Y BEBIDAS DIRIGIDA A MENORES, PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y SALUD (CÓDIGO PAOS), publicat pel Ministerio de Sanidad y Consumo i l'AESAN l'any 2005 i revisat el 2012.

¹⁰² Només cal, per exemple, donar una volta per Internet per observar la interminable quantitat de dietes o mètodes diversos que s'ofereixen per controlar o disminuir el pes corporal.

comercialització i utilització. Les societats científiques han mostrat la seva preocupació per la gran divulgació i inadequació d'aquestes terapèutiques, especialment en relació a l'alimentació (Marta Garaulet, 2011; Julio Basulto, Maria Manera i Eduard Baladia, 2012). Per exemple, en el pròleg del document *Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Consenso FESNAD-SEEDO* (FESNAD/SEEDO, 2011) podem llegir:

Otro factor que aumenta la confusión en este campo es la multiplicidad de voces que se consideran autorizadas para suministrar consejos y prescribir dietas: pocas personas se atreverían a ofrecer recomendaciones sobre cómo puede construirse un cohete espacial; sin embargo, en nutrición ocurre todo lo contrario, pues todo el mundo cree saber de esta materia.... Este hecho favorece la existencia de multitud de mitos y prejuicios, incluso entre profesionales sanitarios, así como la proliferación de dietas milagro, algunas realmente pintorescas.

La raó de l'amplia difusió i acceptació d'aquestes propostes cal buscar-la en les dificultats i el baix èxit terapèutic de les teràpies convencionals, cosa que predisposa a la recerca de solucions "alternatives", i en la creença que el consum d'aquests productes permetrà incorporar l'ideal de cos prim que preval a la nostra societat. Per a la majoria de les persones entrevistades, sobretot dones, i coincidint amb el que han explicat els professionals, l'inici de les pràctiques per reduir el pes corporal ha estat precedit del desig d'aprimar-se de manera ràpida i intensa, animades per aquesta cacofonia informativa, que promet resultats ràpids i segurs. Aquests tractaments han estat autoimposats o prescrits per algun professional:

"Vaig anar a un metge (privat) ... em donava tres pastilles, una verda, una groga i una vermella, i en un mes vaig perdre vint-i-cinc quilos. A part em donava unes injeccions tots els dies... tenia unes sofoqueres! Un malestar! Però clar, perdia vint-i-cinc quilos! Què dolent! Ho vaig passar molt malament! Després el metge de capçalera em va dir que eren hormones... em van dir que l'havia cagat ben grossa al anar a aquests metges!!! (Irene, 35 anys)

"Dietes a mogollón... sempre controlades per dietistes o per un metge homeòpata, em donava unes gotes... em va fer un còctel, anava bé per a

l'ansietat de la gana... no tenia ni idea del que prenia. Va ser deixar-me allò i tornar a pujar de seguida, de seguida.” Després: “Dietes a la farmàcia, allò que la farmacèutica et fa una dieta personalitzada i et dóna els productes de la farmàcia, doncs et vas aprimant. També funcionava, funcionava, fins que va deixar de funcionar. NH va ser l'última dieta, vaig perdre molt bé dotze o tretze quilos i... em fa un efecte rebot! Amb les mateixes medicacions, productes d'aquests naturals, i la mateixa dieta i m'anava engreixant. Si n'he fet de dietes, mare meva! Diners, molts diners! ... tot el que m'he pres en aquesta vida és que no sé el que és... arribes a la conclusió que és una porqueria, al final has provat tant que quan t'ho deixes allò ha de petar per un lloc o un altre.” (Laura, 24 anys.)

Només un dels homes ha explicat que:

“Mi hermano me habló de la dieta de ‘desasociación’ de alimentos, estuve haciéndolo un tiempo, cuando hice la dieta del peso perfecto me quedé bastante delgadote, era con pastillas, pero cuando lo deje la cagué... En las cosas de naturistas y demás he dejado una pasta impresionante, que si el aceite acalórico, que si yerberitas... un robo a mano armada y eficacia... ya ves el resultado (assenyala el seu cos).” (Juan, 46 anys)

El recurs a Internet com a mitjà per buscar informació o consells sobre diferents dietes o mètodes per perdre pes és força freqüent i, com comenta la Yvonne, permet preservar millor la intimitat. Seguint a Ledo, “es un refugio que permite esconderse de las miradas ajenas proporcionando un medio para escapar de la crítica de los demás” (2013: 170).

“Per Internet sí que he mirat coses, m'he dedicat a mirar de tot! A calcular el meu sobrepès, a calcular aquelles famoses fórmules (es refereix a l'IMC), això ho he calculat més d'una vegada! ... mires i mires coses per fer. Lo que procures és no tenir que donar explicacions a ningú... és el lloc ideal, perquè tu t'ho mires i ningú se n'entera... estàs sol, allà ningú et molesta, ningú et diu res i tu vas fent i desfent, i en aquest fent i desfent és on tu estàs jugant amb foc.” (Yvonne, 33 anys)

Finalment, el *dieting*, el malestar i els repetits fracassos porten a moltes persones a qüestionar la validesa d'aquests procediments i intentar sortir del cercle de pèrdua-recuperació de pes en què es troben immersos. En alguns casos, la successió de fases de control amb pèrdua de pes i després recuperació d'aquest determinen veritables carreres per mirar d'assolir el pes desitjat. El sentiment d'haver-ho intentat tot sense aconseguir res augmenta l'angoixa i la manca de confiança, se senten decebuts o enganyats.

"Inverteixes un diners, que a vegades no pots però ho fas perquè vols estar prima... i vas a un metge d'aquests, dones confiança, fas tot el que ells volen i després vas veien que et surt alguna cosa al fetge, o que agafes una bulímia... per això vaig anar a la metgessa de capçalera i li vaig dir que volia aprimar-me, però correctament, no vull fer tot això que estic fent, són una enganyifa, només volen embutxacar-se diners." (Irene, 35 anys)

Molts consulten professionals que els reorientin en la bona direcció, que els guiïn pel marasme de dubtes que tenen i per la dificultat de gestionar adequadament la informació que els arriba, que, en definitiva, els ajudin a "fer-ho bé". Majorment han buscat ajuda a la sanitat pública, cosa que pot respondre a motivacions de tipus econòmic i, també, a la idea que el seguiment és més estricte:

"L'agost passat vaig decidir anar al metge (sanitat pública) perquè m'havia engreixat i necessitava ajuda.... Tinc la sensació que és la primera vegada que em miren bé i que em fan un seguiment. Després em van enviar a la dietista... m'ensenya a menjar millor, i em va preguntar que menjava i quina vida feia... i sense cap pastilla. Les dietes que havia fet abans no eren per metges de la seguretat social... no em miraven a nivell particular... em donaven dietes detallades acompanyades de medicaments naturals." (Mercè, 23 anys)

"En un centre públic diuen que és millor que no en una clínica privada, per tot el control i això." (Catalina, 26 anys)

Independentment de l'edat o el gènere, opinen que el suport professional és important per seguir endavant amb el tractament, el control els "obliga" a ser

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

constants a l'hora de seguir les pautes, a "passar comptes", cosa que molts consideren positiva:

"Por lo menos dices me están controlando y me siento en la obligación de tener que perder al menos 100 gramos, no vaya a ser que... me va a pegar la bronca la dietista....¡Qué corte si voy y peso más! ¿No?" (Julio, 18 anys)

"El tema de les dietes i tot... si no va acompanyat d'una persona que te faci el seguiment, que et controli, que has de dir-li la veritat, no val dir mentides.... Sol és molt complicat, sol no te'n surts." (Yvonne, 33 anys)

Però, atesa la consideració de l'obesitat com a malaltia crònica, cal suposar que el tractament ha de ser per a tota la vida. Malgrat el suport professional i el desig de "fer-ho bé", aquesta indefinició en el temps i la dificultat que suposa una pèrdua de pes mantinguda resulten especialment frustrants. Seguir les recomanacions nutricionals sembla un dels aspectes més difícils del tractament. Sovint apareix una sensació de cansament lligada al fet d'estar constantment controlant:

"Com m'haig d'aprimar tant doncs no ho faig ni en un mes, ni en sis, ni en un any... és tant de temps que al final, com veig que sempre hauré d'estar fent règim, doncs em desanimo i em canso i... quan ha passat un temps no ho puc aguantar (se li humitegen els ulls).... A vegades penso que l'únic que faig que m'agrada realment a la vida és menjar." (Mònica, 18 anys)

"Què voldríem nosaltres? Voldríem prendre una pastilla i que ens apriméssim. No pot ser. O una dieta que diguessis és pesada però es pot anar fent. Però les dietes són agobiants, pots aguantar un mes o dos mesos, però arriba un moment que..." (Irene, 35 anys)

Mantenir el tractament dietètic és més sostenible si la persona obté alguna recompensa a costa de les restriccions, però es fa insostenible quan el "sacrifici" no és proporcional al benefici obtingut o quan els mecanismes homeostàtics es tradueixen en un increment ponderal a pesar de seguir el tractament. Malgrat això, moltes

persones amb excés de pes, contràriament al que opinen alguns professionals, consideren que estan fent un gran esforç per controlar el que mengen:

"El meu sacrifici em costa! La sensació que... t'has d'anar cuidant i a la mínima que fas una petita tonteria, pam! Torna ha estar el quilo damunt! I llavors la mala sensació, és una mala sensació, és l'angoixa de poder-ho aguantar, de poder-ho aconseguir i mantenir-ho, que això és el més pesat, mantenir-ho ... perquè sortir un nit a sopar i anar amb cuidado, ojo! Ai! Si ho menjo, si no ho menjo.... Tota la vida així, tota la vida! Els metges diuen que t'acostumaràs, però jo crec que no t'acostumes mai." (Laura, 34 anys).

Per a l'obès, sovint catalogat com a mancat de voluntat i incapaç de seguir les normes bàsiques referides al menjar, transgredir la dieta i sucumbir a les temptacions o desitjos augmenta el sentiment de culpabilitat i de fracàs, sentiment que pot estar agreujat per l'actitud d'alguns professionals que, com hem vist, a vegades acusen al pacient de manca de conscienciació i d'incomplir el tractament.

"M'agradaria més controlar-me, dir que no, que no... perquè de vegades: -Anem al McDonald's!- .. i això fa que després surti el sentiment de culpabilitat, perquè ho sabia que estava malament, però ho he fet." (Ariadna, 21 anys)

"¡Todo el día pensando en lo que como!... esto lo puedo, esto, esto no lo como y si lo como luego me tiro dos horas con un complejo de culpabilidad que..." (Pilar, 54 anys)

"La culpa és meva, perquè a vegades estàs mirant la tele i a la mitja part veus un anunci de xocolata i tot... i potser en aquell moment no menjaria, però al veure tot allò fa que sí que mengi.... Em fa vergonya, jo penso que al final em diran: -Torna d'aquí un temps quan estiguis....- Perquè, clar, joestic allà que podria estar altra gent iestic jo i no faig res." (Mònica, 18 anys)

La sensació de frustració i d'impotència pot conduir algunes persones a plantejar-se solucions més dràstiques. També la Mònica explica que:

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

“Jo a vegades... potser si pogués vomitar... Hi havia una noia a classe que estava una mica gordeta i en un estiu... va arribar súper prima... i després va estar internada per bulímia, i llavors jo al veure-la vaig pensar: -Mira ella, amb res, mira que prima que està, doncs jo podria fer el mateix.- El que passa és que no m’hi veig.” (Mònica, 18 anys)

Cal preguntar-se, però, fins a quin punt la persona pot controlar conscientment la seva ingesta calòrica en un context on la sofisticada mercadotècnia de la indústria alimentària representa una poderosa força que ens pot portar a “menjar sense pensar” (Brian Wansink, 2006; Luque, 2008). En el nostre entorn quotidià podem observar que, com a conseqüència de l’actual problematització de la dieta, cada vegada hi ha més persones preocupades en saber quins aliments cal o no cal ingerir; tanmateix, aquest entorn mercantilitzat, caracteritzat per l’abundància i varietat i el *quirigall dietètic* i *cacofonia alimentícia* a què feia referència Fischler (1995), m’indueix a considerar que la capacitat de control del consumidor per seleccionar la seva dieta és, possiblement, inferior al que suposem. La persona amb excés de pes, encara que conscient del seu problema, pot sentir-se incapaç d’aconseguir el canvi en la dieta que uns li aconsellen, però que altres li dificulten, lluitant contínuament contra la grassor i l’oferta il·limitada d’aliments, en un doble joc, aparentment contradictori, de foment de l’autocontrol i potenciació del consum. En aquest context, i al meu entendre, les accions preventives encaminades a informar i conscienciar als ciutadans com a mitjà per assolir una alimentació saludable difícilment aconsegueixen contrarestar les estratègies comercials de la indústria alimentària. Cal recordar, novament, que la salut no és l’única motivació que determina el que mengem; aspectes com horaris de treball, qüestions econòmiques, normes socials o de comensalitat i plaer condicionen en gran mesura la nostra alimentació.

“Potser si et fiquessin dins una casa només donant-te aquell menjar, fent el que has de fer, un règim... potser sí que t’aprimaries, però tal com està la societat això no pots fer-ho...” (Irene, 35 anys)

“¡Si uno tiene que hacer dieta tiene que estar encerrado en una cueva! Y no relacionarse con nadie, porque si sales algo picas y se ha jodido todo! Luego te

arrepientes a lo mejor de habértelo comido, y dices no, mañana me voy a poner a dieta, y luego te levantas por la mañana y piensas: -mmm, qué voy a desayunar? Es que es muy difícil.... Da igual que sea light, que sea bajo en calorías! La persona que ha de engordar, ha de engordar! Lo único que no engorda es lo que te dejas en el plato!” (Cèlia, 28 anys)

No és d'estranyar que alguns obesos, com és el cas de la Pilar, estiguin farts del tractament, posin en dubte la seva eficàcia o decideixin abandonar-lo. Han assumit que el cost del sacrifici supera en excés el mínim benefici obtingut.

“Pero te lo juro que estoy harta también de la presión de la dieta, que como se me crucen los cables a tomar por el culo la bicicleta y además, lo tengo clarísimo, si yo tuviera un novio ¡Una mierda! Si yo tuviera un novio que me dijera: -¡Qué buena estas! y ¡Qué buena está la tortilla esta de patatas!... hombre, claro!” Afegeix: “Tendría que matarme a hacer ejercicio ¡Yo no estoy dispuesta! ¡No tengo ganas! ¡Es que no quiero! ¡No! Es que muchos días pienso: -¡Bueno tía, pon en una balanza, acostúmbrate a tener este sobrepeso y pasa!” (Pilar, 54 anys)

Per a algunes persones amb obesitat mòrbida o extrema la cirurgia bariàtrica és la darrera possibilitat. A pesar de les pors o els inconvenients que això representa, estan disposats a sotmetre's a una intervenció quirúrgica per intentar aconseguir resultats més apreciables i desempallar-se d'una vegada per totes d'allò que els causa tant de patiment. Estan disposats, també, a assumir els inconvenients que implica la intervenció en la vida diària. Com hem assenyalat anteriorment (cf.: 4.3), el pacient veurà reduïda la capacitat de l'estómac i perdrà capacitat absortiva, cosa que l'obligarà a realitzar ingestes freqüents de poc volum i a menjar molt lentament per evitar el malestar i els vòmits per plenitud gàstrica. En una majoria de casos, posteriorment s'hauran de practicar una sèrie d'operacions de cirurgia estètica reparadora per corregir l'excés de pell i la flacciditat cutània (*lifting* corporal) que es produeix com a conseqüència de la important pèrdua de greix. Alguns, assumint el risc de la cirurgia, han dit que preferien morir al quiròfan abans que seguir amb les dificultats físiques i

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

socials relacionades amb la seva obesitat. Menéndez (1987: 24)¹⁰³ s'hi aproxima quan diu: "No es lo mismo seguir viviendo que seguir durando." Les experiències de la Isabel, la Cèlia o la Laura en aquest sentit són colpidores i mostren fins a quin punt pot ser dolorosa la situació:

"Yo me iba a operar con las consecuencias que fuera, quedara bien o me quedara en la mesa de operaciones, pero lo tenía que intentar, porque... ya llegaba un punto que me iba consumiendo yo misma... , me fui despidiendo de toda la familia sin que ellos lo supieran..... es muy duro." (Isabel, 45 anys)

"Yo no quería seguir viviendo así, es horroroso... me fui al Dr. X y le dije: -Mire Dr. X yo no quiero hacer más dieta, yo estoy cansada de gastarme el dinero, estoy cansada de llorar por comer, estoy cansada de llevar la vida que llevo, tengo 25 años y 160 kilos y yo ya más no puedo seguir. Quiero que me opere...- Al final me hicieron la reducción de estómago....Es muy difícil que lleguéis a entender cuando no habéis sufrido todo eso... prefería quedarme en la mesa del quirófano que seguir viviendo así." (Cèlia, 28 anys)

"Si alguna cosa tenia clara en aquell moment és que ja no volia estar així... estava tipa de tantes dietes i tanta història... últimament ja era, fins i tot, incapaç de controlar-me la voluntat... Em van fer un by-pass gàstric.... Preferia morir-me....El dia abans li vaig dir al meu home: -Ho tinc claríssim... si m'ha de passar alguna cosa prefereixo que em passi al quiròfan que no pas continuar la meva vida així..." (Laura, 34 anys)

També la Irene, que està pendent de sotmetre's a un by-pass gàstric, ens diu:

"A la meva mare li vaig dir: - Mira mamà, tu m'has donat la vida, tu m'has donat tot el que has pogut, però ara deixa'm fer la meva, si em moro ja m'enterrareu, però jo ara necessito fer aquest pas- És un pas dur, pesat, molt pesat! Tinc temor, clar, pensar que entres i igual no surts. Veus? (se li salten les llàgrimes) (Irene, 35 anys)

¹⁰³ Citat per Gracia et al., 2012.

Però no tots desitgen operar-se, la Mercè prefereix seguir amb la dieta abans que:

“jugar-me la vida en un quiròfan.... Si t’operes has d’estar molt conscienciat que després t’has de cuidar i seguir la dieta, no pas menjar el que et dóna la gana, perquè llavors no serveix de res, com li ha passat al meu cosí, que ara ja s’està tornant a engreixar.” (Mercè, 23 anys)

El darrer problema a superar abans de sotmetre’s a cirurgia bariàtrica és la llarga llista d’espera que ofereix la sanitat pública per a aquest tipus d’intervenció, i que té en compte el criteri cronològic habitual per a l’ordre dels pacients i també una sèrie de prioritats que facilitin l’accés a aquells pacients que més ho necessiten (Morales, M.J. *et al.*, 2008). Donada la creixent demanda d’aquest tractament i el llarg temps d’espera, alguns obesos, si la seva economia ho permet, decideixin encaminar-se a la sanitat privada, més ràpida i, probablement, menys estricta quant als criteris d’inclusió en la cirurgia bariàtrica. La majoria de persones entrevistades que han precisat aquesta cirurgia han estat intervingudes o estan pendents de fer-ho a la sanitat pública, però haver d’esperar dos, tres o quatre anys ha fet que algunes d’elles es plantegessin l’opció privada. La Irene es queixa de la llarga espera i diu que:

“Si tingués diners aquesta operació me la faria pagant, però val molts diners, en la seguretat social porto tres anys i pico en llista d’espera.... Després em pujaran tot el que em sobra, les pells i tot, que si vas a la particular només et fan l’operació, i les pells i tot això també és pagant més.” (Irene, 35 anys)

Anar “pagant” (a la privada) permet salvar les llistes d’espera. La Laura explica que va triar una clínica privada perquè, malgrat que estava molt obesa, no arribava al pes requerit a la sanitat pública per realitzar la intervenció. Segons ella van accedir a operar-la perquè estava molt angoixada. La intervenció va ser immediata. Al centre privat li van dir:

“que tenia una obesitat no mòrbida, però greu... Et fan un preoperatori, i em van començar a fer preguntes i al cap d’una estona el metge em diu: -Tu t’has d’operar, no tens el pes per operar-te... però tens moltes possibilitats... jo diré que t’operin perquè tens complex.” (Laura, 34 anys)

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

A pesar de l'existència d'uns criteris d'inclusió/exclusió per a la cirurgia (cf.: 4.3), sembla que aquests poden variar d'uns centres a uns altres. En la meua opinió, la menor pressió assistencial dels centres privats, l'absència de llistes d'espera, així com interessos de tipus econòmic poden estar darrera d'uns criteris d'inclusió a vegades més laxes.

En relació als resultats de la intervenció, les persones que han estat sotmeses a aquest tractament se senten satisfetes. Tanmateix, si bé aquestes opinions són significatives, no podem generalitzar ja que estem fent referència a un número molt petit de casos. Com hem vist en l'apartat anterior, els metges consideren que és un tractament bastant eficaç en persones amb obesitats importants, però reconeixen que no sempre aporta els resultats esperats i que calen més estudis per determinar la seva eficàcia a llarg termini.

"Por muy mal que lo haya pasado lo volvería a repetir, porque la vida de antes no es la misma que la de ahora. Estoy encantada de la vida. ¿Por qué? Porque me puedo mover. Ahora me tienen que hacer las pieles... seré una persona nueva." (Cèlia, 28 anys)

"Perfecte, ho havia d'haver fet abans!" (Laura, 34 anys)

Quant a l'atenció rebuda per part dels professionals sanitaris, una majoria de persones entrevistades han manifestat que estan contentes, malgrat les dificultats del tractament i el fet d'haver de "passar comptes". Tracte humà i personalitzat i empatia dels professionals són els aspectes de l'atenció sanitària més valorats i semblen traduir-se en una actitud més positiva de l'individu amb excés de pes front als inconvenients que suposa el tractament, i al malestar o l'angoixa que se'n deriven.

"El primer (metge) era catastròfic en canvi el que tinc ara em sembla bo, mira per la persona, tracta cada cas a nivell particular..." (Mercè, 23 anys)

"El tractament basat en la combinació de visites a l'endocrinòleg, visites personals a la dietista i sessions en grup de dietètica trobo que està molt bé. És cert que és un tractament constant, però així fa que un també sigui més

constant en el seu esforç. Estic molt content del tracte rebut a l'hospital, l'atenció és molt propera, es posen en la teva situació.” (Pau, 32 anys)

“No he tenido problemas con los médicos...con la dietista de ahora he visto que es una persona que sabe llegar al personal... me puse un poco triston y... se me saltaron algo las lágrimas y vi que es una persona muy... me sentí bien, como si se preocupara por mí...” (Juan, 46 anys)

La Yvonne també té una visió molt positiva de l'atenció rebuda. De tota manera, veiem que la sensació de culpabilitat es resisteix a desaparèixer, ha assumit, o li han fet entendre molt subtilment: -“Ves en compte que és una mica perillós”-, que quan el tractament no funciona és degut al no compliment de les prescripcions mèdiques rebudes.

“El meu metge de capçalera... la dietista... se m'ha recolzat al cent per cent, no se m'ha jutjat en cap moment, al revés sempre han sigut constructius, molt constructius. Jo estic contenta, jo de veritat ho recomano, és que per a mi ha sigut mitja vida! M'han salvat la vida! A mi se m'ha donat molta importància... i fent el que ells m'han dit me n'he sortit mínimament, tampoc és que me n'hagi sortit al cent per cent, però he sortit una miqueta del pou aquest.... Els de l'antiga escola sí que són: - ¡¡¡Oiga usted!!!- Però els metges actuals si vas una setmana i no peses el que has de pesar... de renyar-te no, ja queda en evidència que no has fet ni cas i, clar, en l'evidència que quedes ja no cal que et diguin res, et dones per al·ludit, però clar, ells t'ho diuen: -Ves amb compte que és una mica perillós... . ” (Yvonne, 33 anys)

Altres persones, poques, han estat més crítiques amb el tracte rebut. La Cèlia, per exemple, que ha estat tractada en un centre públic i en un centre privat, té la sensació que s'ignora allò que sent el pacient i reclama un acostament més holístic. Opina que els metges:

“Entenderían mucho más al paciente si se pusieran en su piel... mezclándose con la gente. ¡Desde lejos no lo entenderán nunca en la vida!” I explica que: “En el público pasan, el Dr. X te mete la pajarraca porque no habías perdido nada o

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

porque habías engordado, pero luego él se iba y uno se quedaba con los problemas. Y los otros, pagando, decían bueno si engordas más tiempo de estar aquí, más dinero para nosotros.... Yo simplemente para según qué médicos, para según qué médicos ¿eh?, he sido una fuente de ingresos ¡Punto! ¡Ni más ni menos! ¡Porque usted va a un sitio de estos y seguro que también le encuentran unos kilos de más! ¡Con tal de sacarle el dinero!... No te ven como a una persona... no se ponen en tu sitio, no se paran a entender tu cómo te sientes, si necesitas... ¡Dios!” (Cèlia, 28 anys)

Com veiem, moltes persones han valorat positivament qualsevol tipus d'interès “personalitzat” i, majorment, han definit el tracte rebut com a proper i respectuós, cosa no gens menyspreable. Tanmateix, i malgrat que alguns diuen que “es posen en la teva situació”, entenc que els professionals col·loquen més l'èmfasi en el psico-afectiu que en l'anàlisi dels components socials o estructurals a què han fet referència els pacients com a condicionadors dels seus hàbits de vida. Hem vist que els professionals només parlen del context de manera indefinida i focalitzen la seva atenció en l'individu i la teràpia personal (cf.: 4.3); molts obliden, infravaloren o són incapaços d'assimilar la immensa complexitat social i cultural del problema que pretenen solucionar.

Les opinions de les persones entrevistades sobre les iniciatives de les administracions per prevenir l'obesitat són diverses. Alguns, com la Irene o en Juan, les consideren positives:

“No ho trobo malament, potser perquè estic obesa i ara ho veig.” (Irene, 35 anys)

“Hay que educar a la gente, eso está bien.” (Juan, 46 anys)

Una majoria consideren que aquestes iniciatives són exagerades o poc eficaces:

“A mi em sembla molt exagerat tot això... sempre hi ha hagut gent més grassa i gent més prima.... I ara surt el conseller de sanitat i tothom està malalt, perquè estan més grassonets? Pues no!... està bé que des del col·legi incentivin una

mica que la gent mengi bé... que era com ho feien abans les àvies, amb verdures, peix, carn i s'ha de menjar de tot!" (Ariadna, 21 anys)

"No crec que perquè els governs facin plans i iniciatives la gent deixi de ser obesa o mengi diferent. Potser sí que si tens la informació des de petit pots canviar.... De totes maneres... aquesta informació que donen els plans ja la tenim des de petits... però qui vol escolta i agafa els consells i si no, no." (Mercè, 23 anys)

La Pilar hi està totalment en contra:

"Yo creo que se está exagerando porque les ha pegado por ahí... porque la política... intereses económicos..., es que es todo un cúmulo de cosas. Hay una industria dietética y farmacéutica que se ha desarrollado mucho, que da mucho dinero.... Son campañas sanitarias que se llevan a cabo como cortinas de humo: ¡Mirar ciudadanos, estamos haciendo cosas! En todo esto hay unos intereses, mira el ejemplo de la gripe A... ¡A mi se me cayó la OMS de la banqueta! ¡Todo lo que se lió! ¡Lo que se exageró la situación! ¡Aquello me abrió los ojos y dije, joder con la OMS! ¿A cambio de qué? ¡Pues con el asunto de la gordura estamos con lo mismo! Es que, en serio, yo te lo digo, derribo y acoso del gordo..." (Pilar, 54 anys)

Cal posar de relleu el *décalage* entre la visió dels afectats i la visió dels professionals que hem pogut copsar al llarg d'aquests darrers apartats (cf.: 4.3 i 4.4). Principalment, hi ha divergències en torn al concepte d'obesitat com a malaltia i de la persona obesa com a malalta, en relació a la causalitat del problema, a la motivació o dificultats de les persones amb excés de pes per seguir el tractament i a les raons que motiven el fracàs de la teràpia. També hi ha discrepància respecte a la necessitat o eficàcia de les mesures preventives. El contrast entre les opinions dels uns i dels altres fa palesa la dificultat de diàleg entre dues lògiques narratives i evidencia el problema de la biomedicina per anar més enllà del cas individual. Això ens porta a plantejar de nou la manca de diàleg i la clàssica relació asimètrica entre metge-pacient (o professional-

pacient) basada en l'assignació de posicions de "saber" i "no-saber", respectivament, i que justifica una acció verticalista i unidireccional del "saber " al "no-saber", que, seguint a Foucault (1992), és també un relació de poder que infravalora o nega la veu del pacient. En aquest sentit, vull assenyalar que, malgrat que en aquesta investigació no s'ha fet observació, la meva llarga experiència dins el món sanitari m'ha permès observar en moltíssimes ocasions aquesta relació professional-pacient, una relació que és molt sovint de tipus vertical, és a dir, del saber-professional al no saber-pacient, especialment en la relació metge-pacient. La relació infermera-pacient acostuma a ser, encara que no sempre, més propera i més horitzontal.

D'acord amb Martínez-Hernández (2008), caldria passar d'aquest enfocament sovint caracteritzat per la unidireccionalitat o relació clínica vertical, per la jerarquia o relació basada en el saber-poder, i per la unidimensionalitat o biologicisme, cap un model dialògic caracteritzat per la bidireccionalitat o relació més horitzontal que permeti l'intercanvi de coneixements, informacions, valors i representacions, per una major simetria que fomenti la participació del pacient, i per la multidimensionalitat que permeti analitzar l'obesitat, no només des d'una òptica biologicista i individualista, sinó també com a producte de l'estructura social i cultural de la societat industrialitzada, i que podria donar lloc a una millor comprensió del problema i, si és el cas, a una major eficàcia terapèutica.

TERCERA PART:

COS I MERCAT. LA MERCANTILITZACIÓ DE L'OBESITAT

A la societat de consum, en constant moviment o *fluidesa* (Bauman, 2006 i 2007b), on els nous començaments i la transitorietat se situen per sobre de la perdurabilitat, la reinvençió constant d'un mateix o la transformació d'un cos no normatiu és sovint l'única resposta possible per seguir avançant. En aquest context, les prescripcions mèdiques per mantenir o assolir el que es considera un pes corporal "normal" s'han vist potenciades per un poderós mercat que busca crear en les persones la necessitat d'actuar sobre el propi cos, transformant la preocupació pel pes i el contorn corporal en una oportunitat de negoci. Així, conforme s'ha estès la vivència de la grassor com a problemàtica hem assistit a una àmplia i profunda comercialització de tot allò relacionat amb la pèrdua de pes o greix corporal. En aquesta darrera part del text, després de sintetitzar les idees bàsiques d'autors que han abordat la relació entre consum i cos, intento mostrar com en aquesta preocupació pel cos s'entrecreuen els processos d'individualització, medicalització i mercantilització. Al meu entendre aquests processos han estat determinants en l'aparició i consolidació de les pràctiques encaminades a aconseguir un cos en conformitat als límits social i mèdicament acceptats. Però no només els individus obesos segueixen dietes o consumeixen productes destinats a controlar el pes i aconseguir aquest ideal corporal. Les entrevistes a persones sanes i que es troben dins dels límits de pes considerats normals posen de manifest que, malgrat la seva "normalitat", han incorporat de manera molt rellevant els interessos de salut i estètics vigents a la nostra societat i practiquen el *dieting* o se sotmeten a altres formes de control del pes corporal. Així mateix, i per aprofundir en el coneixement d'aquest mercat, la conversa amb alguns representants de col·lectius relacionats amb la promoció d'hàbits saludables i/o amb l'estètica corporal ha permès copsar la seva opinió respecte a l'actual preocupació pel pes i l'aparença del cos i a la proliferació de productes i serveis destinats a millorar-lo o modificar-lo. També, l'anàlisi de la publicitat present en les pàgines web de diferents

centres mèdics privats que ofereixen tractaments per reduir el greix corporal ens aporta informació sobre la dinàmica d'aquest mercat. Aquesta anàlisi no té la finalitat d'aprofundir en l'estudi de la publicitat com a tal, ni tampoc pretén demostrar relacions de causa-efecte, és a dir, determinar fins a quin punt les ofertes dels centres generen consum, només pretén aportar coneixement sobre els tractaments que ofereixen i els arguments que utilitzen per tal d'orientar als potencials clients, entenent que els seus discursos reflecteixen en gran manera els valors predominants i són un interessant vehicle per analitzar la societat.

5. La societat de consumidors. Consumidors i objectes de consum

“Consumidores y objetos de consumo son los polos conceptuales de un continuo a lo largo del cual se distribuyen y se mueven a diario todos los miembros de la sociedad.... En la vida líquida, la distinción entre consumidores y objetos de consumo es, muy a menudo, momentánea y efímera... esos dos roles se interrelacionan, se mezclan y se funden .”

(Zigmunt Bauman, 2006: 20)

“El consumo nunca será una lógica de lo lleno y del demasiado, sino una lógica de la carencia pues ésta está ligada al sistema de producción y de manipulación de los significantes sociales que engendran esa insatisfacción crónica.”

(Luis Enrique Alonso, 2009: XLV)¹⁰⁴

Seguint a Bauman (2006 i 2007b), una *societat de consumidors* no és només la suma total dels consumidors, sinó que es tracta d'una societat que interpel·la als seus membres principalment quant a consumidors, als quals jutja i avalua, en gran manera, per la seva capacitat i conducta en relació al consum. Allò que distingeix la societat de consumidors no és el consum, que és fonamentalment un tret i una ocupació de

¹⁰⁴ A Baudrillard (2009) “Estudio introductorio: la dictadura del signo o la sociología del consumo del primer Baudrillard”, pp. XV-LX.

l'individu humà, sinó el tipus de consum que l'autor defineix com a "síndrome consumista" i que es caracteritza per la *rapidesa*, l'*excés* i el *rebuig*. S'ha reduït no sols el lapse temporal entre l'aparició del desig de la seva obtenció, sinó també entre el sorgiment d'aquest desig i la seva desaparició, s'han multiplicat les necessitats i les insatisfaccions i ha disminuït l'interval transcorregut entre el moment en què un producte o pertinença resulta útil i desitjable i aquell en què esdevé inservible. Un element fonamental que separa el síndrome consumista del seu predecessor productivista sembla ser la inversió de valors associats, respectivament, a la fugacitat i a la duració. L'anomenada societat de productors, o fase *sòlida* de la modernitat, de matriu fordista¹⁰⁵, apostava per l'estalvi prudent, la continuïtat, l'estabilitat, la durabilitat, per la seguretat a llarg termini. En la societat de consumidors, o fase *líquida* de la modernitat, de regulació postfordista i caracteritzada per la flexibilitat, la rapidesa, l'adaptació i el canvi, s'ha passat d'aquesta orientació cap al futur a la "vida present" i a la satisfacció immediata. En la *vida líquida*, com la defineix Bauman (2006), l'estabilitat descansa, paradoxalment, en l'inestable. La successió de nous començaments i la transitorietat se situen per sobre de la perdurabilitat, i les maneres de fer i estar canvien abans de consolidar-se. Cal preguntar-se fins a quin punt l'*habitus* és determinant en una societat on la fluïdesa i la innovació han esdevingut la norma. Bauman opina que és fa difícil aprendre d'experiències anteriors per retre compte dels vertiginosos canvis de circumstàncies. Al meu parer, i com exposa Martínez-Hernández (2009), això no significa que s'hagin esvaït completament les inèrcies que uneixen els individus a un món que genera les seves reiteracions, sinó que la vida líquida obliga a seguir el ritme d'uns esdeveniments que es mouen amb rapidesa, a estar permanentment en moviment, a risc de quedar relegat. Així, donat el procés d'individualització social, la vida dels consumidors es transforma en una successió d'assajos i errors, una biografia de risc com ho definiria Beck (1992), que obliga als individus a l'autocrítica i a l'autovigilància constants. En aquest context, el cos com a projecte vinculat a la identitat individual i obert constantment a revisió i transformació esdevé un requisit d'integració social.

¹⁰⁵ El mentor d'aquest model fordista és Henry Ford, que a inicis del segle XX va introduir la cadena de muntatge a les seves fàbriques d'automòbils dels EE.UU. A partir de la dècada dels setanta, i arrel de les importants transformacions tecnològiques (en informàtica i telecomunicacions), el mode de producció capitalista va patir una transformació substancial que rebé el nom de capitalisme tardà o postfordisme.

Jean Baudrillard (2009 [1970]) explica que actualment, gràcies a les enormes potencialitats productives del neocapitalisme¹⁰⁶, resulta més fàcil produir les mercaderies que vendre-les. S'ha passat d'un sistema basat en la producció i on el consum funcionava sol a un sistema depenent d'un consum sempre en expansió. Avui en dia, a la societat de consum, cal produir als consumidors, cal produir la demanda i aquesta producció és infinitament més costosa que la de les mercaderies. Per contrarestar la saturació dels mercats domèstics de bens de consum duradors i per respondre millor a les necessitats individuals s'han posat en marxa nous models d'estimulació de la demanda com la segmentació del mercat, la diferenciació de productes i serveis o l'acceleració del ritme de llançament de nous productes. Aquesta multiplicació i diversificació de l'oferta comercial ha fet possible un ús cada cop més personalitzat dels bens de consum, promovent articles específics per a compradors individuals (Terence H. Qualter, 1994). Com diu Gilles Lipovetsky: " A cada cual sus objetos, a cada cual su uso, a cada cual su ritmo de vida"(2007: 97).

La curta vida útil d'un producte forma part de l'estratègia de màrqueting, ja que el mercat no sobreviuria si els consumidors s'aferressin molt a les coses. Els membres de la societat estan exposats permanentment a nous estímuls. Els desitjos, carències o necessitats sorgeixen més ràpidament que el temps necessari per apaivagar-los, i els objectes de desig són reemplaçats de manera immediata. Quan sembla que el consumidor ha aconseguit finalment un cert nivell de satisfacció, la promesa de noves satisfaccions (tan efímeres com les anteriors) fa que l'anterior perdi encant o sigui descartada. Es tracta, doncs, d'una recerca impulsada per la insatisfacció en la qual l'excés dels bens de consum mai és suficient, es tracta de despertar constantment noves necessitats o apetències i d'oferir promeses que mai seran totalment complertes. El principi del consum és aquesta *insatisfacció perpètua*, que impulsa les persones a consumir sempre més, perquè mai una conquesta pot ser definitiva (Baudrillard, 2009; Bauman, 2006 i 2007b; Lipovetsky, 1990 i 2007).

"Para que la búsqueda de la plenitud no ceje y las nuevas expectativas sean convincentes y tentadoras, las promesas ya hechas deben quedar sistemáticamente incumplidas, y la esperanza de plenitud debe quedar frustrada. Cada promesa en

¹⁰⁶ Capitalisme tardà o de consum.

particular debe ser engañosa en sí, o al menos exagerada, no sea cosa que la noria de la búsqueda se detenga o que su velocidad (así como su intensidad) esté por debajo de los niveles necesarios para asegurar el circuito de los bienes de la fábrica al comercio y del comercio a la basura." (Bauman, 2007b: 71)

En aquest context de producció de mercaderies a gran escala i caracteritzat, a més, per un augment de la distància entre productor i consumidor, la publicitat¹⁰⁷ s'ha fet imprescindible per al manteniment i la supervivència dels objectius de producció, alimentant una relació constant entre la producció i l'adquisició de bens i serveis, creant o manipulant gustos i demandes, i estimulants entre el públic la satisfacció de desitjos i necessitats i, per tant, el consum. Així, la publicitat a més d'informar de l'existència d'un producte, per exemple per millorar l'aspecte del cos, ha de persuadir al consumidor d'adquirir coses que mai anteriorment havia imaginat necessitar, com utilitzar nous productes o sotmetre's a noves tècniques de modelatge corporal, i ho fa envoltant l'article publicitat de representacions, imatges o sensacions que, per sobre de les descripcions objectives, serveixen de vehicle per a la seva promoció (Qualter, 1994; Gracia, 1997). De tota manera, resulta difícil valorar els efectes o la influència de la publicitat en les opinions o actituds de la població però, donada la seva omnipresència, el seu potencial per modular el pensament col·lectiu sembla considerable. Qualter (1994) assenyala que la publicitat és un agent reforçat, que confereix acceptació a tendències ja existents a la societat, al mateix temps que les conforma. Gracia (1997) opina també que la publicitat té aquesta habilitat de reflectir, reforçar i construir imatges culturals.

S'ha de convenir que el consumidor, en la societat de consumidors, no satisfà només necessitats bàsiques, que hi són, sinó que complementàriament a aquestes en satisfà d'altres més supèrflues o artificials, estimulades en gran mesura per la publicitat i incitades pel sistema de retribucions simbòliques. Com apunta Néstor García Canclini

¹⁰⁷ La Ley 34/1998 General de Publicidad en l'article 2 defineix el concepte de publicitat com "Toda forma de comunicación realizada por una persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, industrial, artesanal o profesional, con el fin de promover de forma directa o indirecta la contratación de bienes muebles o inmuebles, servicios, derechos y obligaciones." <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1988-26156&b=3&tn=1&p=20091231#a1> (consultat 10-07-2015)

(1995), les persones a més de tenir necessitats, moltes culturalment elaborades, tenen desitjos que no poden ser ignorats quan s'analitzen les formes de consum, doncs aquests són freqüentment utilitzats en l'elaboració i publicitat dels productes, més dirigits a assolir aquests desitjos que a la satisfacció de les necessitats bàsiques. Val a dir que mai com ara han existit tants productes i, per tant, tantes "necessitats". Però, com he assenyalat anteriorment, no es tracta tant de gratificar els desitjos com d'augmentar permanentment el seu volum i la seva intensitat, cosa que porta a la recerca interminable o substitució immediata de productes dels quals s'espera satisfacció. Baudrillard (2009) opina que en el món del consum el mite triomfa sobre el racional, la creença sobre el fet i la il·lusió sobre la veritat.

El consum és una realitat objectiva i material, però és alhora un element de significació social, que depèn del valor que els grups socials atorguen als objectes i a les activitats de consum. Autors com Baudrillard (2009), Bourdieu (1988) o García Canclini (1995) argüeixen que el consum no està determinat únicament per l'adquisició de productes, sinó que cal considerar-lo també com a lloc de diferenciació social i distinció simbòlica. Des d'aquesta perspectiva, es posa entre parèntesi la utilitat pràctica de les mercaderies per assumir que el consum és una pràctica sociocultural en què es construeixen significats, un espai clau per a la comprensió dels comportaments socials. Llavors consumir, més enllà de la consideració econòmica, implica intercanviar significats socials i culturals, suposa un fet social de producció simbòlica. Per a Baudrillard (2009) la lògica del consum és la lògica de manipulació de signes i no pot ser reduïda a la funcionalitat dels objectes. Aquests no es consumeixen pel seu valor d'ús, sinó per raó del prestigi o de l'estatus social que confereixen, en funció d'un sistema de signes, que està codificat com un llenguatge mitjançant el qual la societat sencera es comunica. Aquests signes jerarquitzen als grups socials, mantenint la seva estructura de desigualtat i domini.

Bourdieu opina que el consum pot ser considerat com un recurs per a la distinció social. Segons ell, les pautes de consum són afectades per l'*habitus*, són un indicador principal de gust i d'estatus social. Els gustos són l'afirmació pràctica d'una diferència inevitable: "el gusto es el principio de todo lo que se tiene, personas y cosas, y de todo lo que se es para los otros, de aquello por lo que uno se clasifica y por lo que le

clasifican" (1988: 53). El principi de les diferències observades en el terreny del consum és l'oposició entre gustos de luxe (o de llibertat) i gustos de necessitat (o d'elecció forçada), ajustats a la condició de la qual són producte. Així, el gust s'expressa com la "propensió y aptitud para la apropiación (material y simbólica) de una clase determinada de objetos o de prácticas enclasadadas y enclasantas" (1988: 172-173).

Com plantegen aquests autors, les persones lluny de respondre compulsivament als estímuls del consum quan seleccionen els béns i s'apropien d'ells defineixen allò que consideren públicament valuós, busquen a través del consum significats que regulin les seves vides i el seu lloc a la societat, i estableixen premisses de distinció e identificació en base allò que consumeixen. Garcia Canclini opina que una funció essencial del consum és la seva capacitat per donar sentit o, dit d'una altra manera, que "el consumo sirve para pensar" (1995: 57). S'entén, d'acord amb això, que el consum no és quelcom passiu ni un impuls eixelebrat i inútil, sinó un procés actiu, una activitat reflexiva, ja que els subjectes per interactuar amb els bens necessiten realitzar constants processos de significació.

Però la comunicació o la distinció que atorguen els productes i les pràctiques de consum només és possible si els significats són compartits i entesos per tots els membres de la societat. Si no fos així, com explica García Canclini, no servirien com a instruments de diferenciació. Així, el consum pot ser estudiat també com un sistema de comunicació social, un llenguatge que connecta i vincula a totes les classes socials. Lipovetsky (2007) assenyala que, indubtablement, les eleccions i pràctiques de consum poden estar encara relacionades amb la classe social a què pertany la persona, donat que les diferències d'ingressos produeixen disparitats en la manera de consumir, però opina que actualment els ideals i gustos relatius als béns, les modes, les novetats o l'esveltesa corporal són compartits entre els membres de tots els grups socials. D'acord amb Lipovetsky, malgrat les desigualtats econòmiques, les aspiracions consumistes s'aproximen i el sistema referencial és idèntic. Avui en dia, per exemple, si bé les pràctiques socials divergeixen, el desig de consumir productes per millorar l'aparença del cos apareix per igual entre molts individus de les societats industrialitzades, independentment de la classe social de procedència. De tota manera,

en el nostre context de “fluïdesa” els valors i pràctiques es transformen ràpidament i malgrat l’homogeneïtzació dels gustos, l’aparició de nous consums més especials i més distintius preserven la distància social i la posició “distingida” de les classes benestants; es podria dir que els membres de classes menys afavorides s’hi aproximen, però arriben sempre amb un cert retard. El consum s’entén, doncs, com un procés de significació i comunicació lligat al “valor signe” (Baudrillard, 2009) que tenen les pràctiques de consum i a la diferenciació associada a aquest valor signe, aspecte central en el desenvolupament del consum.

En aquest context, les pràctiques de consum i les representacions per elles induïdes han esdevingut centrals per a la construcció social de la identitat. Bauman assenyala que una de les característiques més prominent de la societat de consumidors és la seva capacitat de *transformar als consumidors en productes consumibles*. Segons ell, ningú pot esdevenir subjecte sense abans transformar-se en producte, i ningú pot preservar el seu caràcter de subjecte sense reanimar, realimentar constantment les qualitats que s’exigeixen a tot producte de consum. Com s’ha apuntat, la vida líquida comporta un autoescrutini, una autocrítica i una autocensura constants i s’alimenta de la insatisfacció del jo amb sí mateix. Així, el subjecte està abocat a la interminable tasca de ser i continuar sent un article vendible, és a dir, un producte admirat, desitjat, codiciat:

“La tarea de los consumidores... es alzarse de esa chatura gris de invisibilidad e insustancialidad, asomar la cabeza y hacerse reconocibles entre esa masa indiscriminada de objetos no diferenciables que flotan con igual peso específico y captar así la atención de los consumidores” (Bauman, 2007b: 26).

L’impuls del consum s’alimenta d’aquesta recerca individual d’un òptim valor de venda de si mateix. Els individus són, alhora, els promotors del producte i el producte que promouen, és a dir, els encarregats del màrqueting i la mercaderia¹⁰⁸. L’individu s’enfronta a l’obligació, presentada com a oportunitat, de consumir i de fer d’un mateix un producte vendible, tasca que cal realitzar individualment amb l’ajuda

¹⁰⁸ Bauman (2007b) comenta, com a exemple, per a mi força descriptiu, que qualsevol acadèmic que en alguna ocasió hagi emplenat una sol·licitud d’ajuts per a recerca o s’hagi postulat per a un càrrec docent sabrà reconèixer perfectament per la seva pròpia experiència la situació a la qual es refereix.

d'habilitats de consum i patrons de decisió adquirits també individualment. Aconseguir-ho es considera responsabilitat de cadascú i es tradueix en reconeixement social i en criteri d'inclusió, no fer-ho indica una "deficiència" i suposa quedar fora de competència. Com apunteven Elias (1990), Giddens (1995), Beck i Beck-Gernsheim (2003) o Bauman (2003b), la presa de decisions o el manteniment d'una crònica biogràfica coherent adaptada a les circumstàncies de la vida social ràpidament canviants descansa exclusivament sobre els actors individuals. És precisament aquesta responsabilitat personal la que fa que el sentiment d'ineptitud social o d'inadequació personal esdevingui més dur.

5.1. El cos com a espai de consum

Com he anat argumentant durant la primera i la segona part d'aquest text, si bé el cos sempre ha estat culturalment rellevant, en el capitalisme de finals del segle XX i principis del XXI ha adquirit una importància sense precedent que s'observa, com s'ha vist, en l'interès teòric pel cos que han mostrat diferents disciplines i, també, en l'increment de pràctiques socials entorn de la cura del cos i la seva presentació en societat, que afecta a àmplies capes de la societat conscients de la transcendència del cos com a mediador en les relacions socials.

L'especial centralitat del cos com a espai de consum ha estat destacada per diferents autors, com Baudrillard, Featherstone, Lipovetsky, Martínez-Hernández o Petersen i per diferents autores feministes, entre d'altres. Entre ells, és rellevant l'anàlisi que fa Baudrillard en el seu text *La sociedad de consumo*, publicat originalment l'any 1970, on va subratllar la importància creixent del cos en la cultura consumista i el seu tractament com a objecte mercantilitzat. En aquest text l'autor afirma que: "En la panoplia del consumo hay un objeto más bello, máspreciado, más brillante que todos los demás...: el CUERPO" (2009: 155). Parla de l'omnipresència del cos a la societat de consum i assenyala que, després de segles de negociació del cos, avui en dia aquest sembla haver substituït a l'ànima com a "objecte de salvació". Per a l'autor, el cos funciona segons les lleis de l'*economia política del signe*, on l'individu "debe tomarse a

sí mismo como objeto, como el más bello de los objetos, como el más precioso material de intercambio... para que pueda instituirse en un proceso económico de rentabilidad" (2009: 164). Baudrillard ha volgut mostrar en la seva anàlisi que les actuals estructures de producció i consum proporcionen a l'individu una doble representació del seu cos, com una forma de capital i com a fetitxe, és a dir, com una forma d'inversió i, alhora, com a signe social.

A la cultura contemporània de consum la preocupació per un mateix passa en gran mesura per aquesta importància atorgada al cos, per la cura del seu aspecte i per la seva conservació. El cos, susceptible de modificació, ha esdevingut un projecte en què cal treballar, vinculat a la identitat del jo de la persona. Com apunta Featherstone (1991), a mesura que el cos ha entrat en el punt de mira dels mercats la satisfacció amb el propi cos ha passat a dependre cada cop més de l'adquisició de productes i serveis vinculats a la salut i la bellesa corporal. Giddens (1995 i 2000) planteja que avui en dia el cos ja no es pot considerar com quelcom fix; si en les societats tradicionals el cos era contemplat com un aspecte de la natura, una entitat fisiològica sotmesa només incidentalment a la intervenció humana, actualment s'ha vist alterat per la progressiva invasió del cos pels sistemes abstractes¹⁰⁹. Parla de "socialització de la natura", expressió que fa referència "al hecho de que ciertos fenómenos que antes eran naturales, o que venían dados por la naturaleza, ahora tienen un carácter social, es decir, que dependen de las decisiones de los seres humanos" (2000: 167).

També autores feministes, com per exemple Wolf (1991), Bordo (1993), Orbach (2006 i 2010) i d'altres (cf.: 1.2), han remarcat des dels anys setanta del segle passat la tendència a objectivar i mercantilitzar el cos. Han denunciat l'explotació comercial del cos, en particular de les dones, i la seva cosificació, que es mostra, per exemple, en la fragmentació del cos en la publicitat, exhibint imatges que despersionalitzen al subjecte que apareix en aquestes representacions i porten, alhora, al descontentament del consumidor amb el propi cos amb la finalitat de promoure el consum. Aquestes autores, al igual que ho han fet altres autors com Lipovetsky (1999), han posat de

¹⁰⁹ Giddens (1995: 295) defineix *sistemes abstractes* com representacions simbòliques i sistemes experts, en sentit general; i *sistemes experts* com sistemes de coneixement especialitzat de qualsevol tipus que depenen de regles de procediment transferibles d'un individu a un altre.

relleu com la contradicció existent entre la potenciació del consum i la moderació de l'excés, que caracteritza la societat de consum, s'inscriu especialment en el cos, procurant un sentiment d'ambivalència entre la satisfacció del desig i l'esforç per reprimir qualsevol anhel que perjudiqui la recerca de la salut i de la perfecció corporal. Així, d'una banda, la societat de consum intensifica las prescripcions relatives al cos reforçant les normes dietètiques i d'exercici físic, alhora que commina a combatre l'excés de pes corporal, i d'una altra, exacerba els desitjos, l'hedonisme, la necessitat de "tot i ara". D'acord amb aquests autors, en l'actualitat la vida de moltes persones, i especialment la de les dones, està estructurada en gran manera al voltant de l'eix control-consum del cos.

Com explica Martínez-Hernández (2002/2003 i 2009), el cos ha esdevingut un dels espais privilegiats de consum i un dels objectes més freqüentment mercantilitzats, un agent actiu de consum (cos-consumidor) i una mercaderia (cos-consumit). Citant a Georg Lukács (1969), fa referència al fenomen que aquest autor va definir com a *objectivació del subjecte* i *subjectivació de l'objecte*. El cos-consumidor és un cos subjectivat, que redunda en un individualisme hedonista. El cos-mercaderia és un cos objectivat i cosificat en mimesi amb la mercaderia o que actua com a suport d'una mercaderia, que ha estat subjectivada i personificada. Com recorda Martínez-Hernández, el fenomen de cosificació i fragmentació del cos no es quelcom nou. Foucault a *El nacimiento de la Clínica* (1995) argumenta que aquest fenomen té un dels seus precedents més destacats en la conformació, a principis del segle XIX, de la medicina positivista. Actualment, la medicina, les biotecnologies i els sistemes burocràtics es constitueixen també en agents de cosificació. Scheper-Hughes a *La muerte sin llanto* (1997) exposa magistralment aquesta funció cosificadora de la medicina i les burocràcies. Per a Petersen (2007) la creixent utilització de nous procediments biomèdics i biotecnològics per modificar i regular els cossos, i la seva freqüent abstracció dels contextos quotidians i experiències de la gent, convida a aquesta cosificació.

Vull destacar la noció de mal-leabilitat i la cosificació del cos a què fan referència aquests diferents autors, del cos com a quelcom inacabat, susceptible de modificació, i que afecta al seu aspecte i a la seva identitat. Com ja he assenyalat (cf.: 2.2.1), a la societat individualitzada el cos és part d'un projecte personal, i part integral i

constitutiva del jo. La vida i la interacció social es gestionen de manera important a través del cos i l'acceptació o el reconeixement dels altres depèn de la capacitat per manipular el jo mitjançant l'adopció d'habilitats interpersonals adequades i, en gran mesura, gràcies a la presentació d'una aparença física acceptable. Aquesta visió del cos com a referent d'identitat individual – el *self* corporalitzat de què parla Giddens (1995) o la idea de bioidentitat o identitat somàtica que proposa Ortega (2010)- ha suposat un interès creixent cap diverses formes de modificació i gestió corporal, que es perceben com a mitjà per realitzar el projecte personal.

El progrés tecnològic i del coneixement biomèdic han permès un augment inusitat de possibilitats d'actuar sobre el cos i aquest ha esdevingut un "objecte" mal·leable, un cos-màquina obert a revisió i transformació, del que pengen els signes de la pròpia identitat. Les seves fronteres ja no són contemplades com a límits naturals, absoluts, sinó com a límits possibles de millorar. A ell es dirigeixen múltiples interessos, que inclouen companyies farmacèutiques, indústria alimentària, indústria de l'esport, cosmètica, moda, tractaments mèdics i quirúrgics, i un llarg etcètera, que prometen perfeccionar cossos i canviar vides, transformant la preocupació pel cos en una oportunitat de negoci. Aquest mercat, que fusiona hàbilment conceptes com estètica, salut, individualisme o hedonisme, implementa estratègies de màrqueting¹¹⁰ dirigides a "vendre" a la població i als professionals del sector, d'una banda, la necessitat d'actuar sobre el cos com a forma de millorar l'aparença i la qualitat de vida i redefinir la pròpia identitat, i d'una altra, els productes o serveis adients per a fer-ho, alhora que és potenciat per alguns d'aquests mateixos professionals que promouen els beneficis de la seva intervenció. Com he esmentat amb anterioritat (cf.: 4), la medicina actual, enclavada en una economia de mercat, participa també d'aquesta indústria de la salut i l'estètica i coadjuva en la producció de nous ideals del cos i del comportament.

Així, aconseguir un cos en conformitat als límits social i mèdicament acceptats es presenta com un objectiu assolible a través del consum. La bellesa física apareix com a sinònim o requisit de salut - es medicalitza l'estètica - i l'actual preocupació per la salut

¹¹⁰ El màrqueting es pot definir com un conjunt de processos duts a terme per part d'una organització amb la finalitat de comprendre l'entorn i influir en la direcció dels seus objectius les condicions de l'intercanvi entre ella mateixa i altres entitats, individus, o grups (Pierre-Louis Dubois et Alain Jolibert, 2005)

esdevé un argument de venda de productes i serveis per millorar l'aparença del cos i, alhora, reconstruir la pròpia identitat- es mercantilitza la medicalització -. Tanmateix, aquesta sobrevaloració del cos i l'augment de control i atenció sobre ell pot conduir, finalment, a una major incertesa. El cos pot esdevenir un "objecte" de desconfiança, una font d'inseguretat i de malestar, d'*insatisfacció perpètua*, que és alimentada pel mercat a través de la publicitat amb l'objectiu de despertar en el consumidor la necessitat de seguir consumint. Una propaganda constant s'encarrega d'advertir-nos que tenim un sol cos, sovint imperfecte, que cal cuidar i salvar, ens convidar a (re)construir el propi cos i ens recorda de totes les maneres possibles com ha de ser un cos socialment acceptable, condició que han de complir tots aquells que volen ser "productes molt demandats" (Bauman, 2007b). Però les imatges que ens mostra la publicitat sovint corresponen a una visió estereotipada i fictícia del cos, uns cossos perfectes que no es corresponen amb els cossos de la vida quotidiana però que poden ser particularment importants en la manera de percebre i avaluar el cos, cossos que, a més, parlen de formes de vida, d'estatus, de desitjos i de sentiments. Aquestes imatges suposen un referent que els individus incorporen i amb el qual s'estableixen comparacions. Com apunta Featherstone, "fan que els individus siguin més conscients de l'aparença externa del cos... són recordatoris constants del que som i del que podríem arribar a ser" (1991: 178-179)¹¹¹. Front a l'exhibició mediàtica d'aquestes anatomies perfectes és lògic, al meu parer, que sorgeixi, i no de manera aïllada, el descontentament o malestar amb el propi cos i el desig de millorar o modificar l'aparença corporal.

Mostra de l'actual preocupació pel cos és la gran quantitat de pràctiques o recursos existents en el mercat destinats a cuidar-lo, modelar-lo i perfeccionar-lo, que van des de diferents modalitats d'activitat física fins a la reforma quirúrgica, passant per tota classe de dietes i de consums cosmètics, mèdics i farmacèutics; també ho són la proliferació de clíniques o centres privats que ofereixen aquests tipus de tractaments (cf.: 6.1). Les diferents "solucions" que presenta el mercat han adquirit gran popularitat i han esdevingut articles de consum habitual. Per exemple, quant a productes i serveis relacionats amb la millora de l'aspecte físic, segons l'informe anual

¹¹¹ La traducció és de l'autora.

de l'Asociación Nacional de Perfumeria y Cosmética (Stanpa), la venda d'aquests productes a Espanya va representar l'any 2014 uns ingressos de 6.350 milions d'euros¹¹². Segons l'estudi de Sectors DBK *Establecimientos de Peluquería y Estética 2014*, l'any 2013 la facturació sectorial es va situar en 2.870 milions d'euros¹¹³. Malgrat que aquests sectors han patit un descens progressiu de la demanda de serveis des de l'any 2008, fet que es relaciona amb la crisi econòmica, existeix una actitud de confiança en una pròxima recuperació. En base a aquests estudis, i tenint en compte les dades de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 2014 publicada per Instituto Nacional de Estadística (INE) l'any 2015, la despesa en productes i serveis per a la cura personal vindria a representar aproximadament un 1'85% del pressupost de la llar, cosa que suposa una partida de despesa significativa en termes globals. La clientela d'aquest sector és eminentment femenina, aproximadament en un 90%, i d'edats compreses principalment entre els 30 i els 55 anys. Tanmateix, sembla que s'està incrementant el consum de productes cosmètics i de tractaments de bellesa entre persones per sota i per sobre d'aquesta edat, i també entre la població masculina¹¹⁴.

En relació a la pràctica de cirurgia estètica¹¹⁵, les últimes dades de què es disposa provenen de l'informe *Realidad de la cirugía estética en España 2014*, promogut per la *Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)*^{116,117} i basat en enquestes realitzades a nivell nacional a cirurgians plàstics i a responsables d'hospitals i centres sanitaris. Segons aquest estudi, l'any 2013 es van realitzar a Espanya 65.000

¹¹² http://www.hispaniaservice.net/descargas/informesemail/2015-05-26/boletin_STANPA_2015-05-26.pdf

¹¹³ www.ine.es/prensa/np914.pdf

¹¹⁴ http://w27.bcn.cat/porta22/images/es/Barcelona_treball_informe_sectorial_Bienestar_imagen_personal_2013_es_tcm24-4076.pdf

¹¹⁵ Segons la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE): "Tanto la cirugía estética como la cirugía reparadora o reconstructiva son partes de la cirugía plástica, especialidad que en nuestro país se conoce como Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. La cirugía estética se realiza para mejorar las estructuras normales del cuerpo con intención de aumentar el atractivo del paciente y su autoestima. La especialidad de Cirugía Estética como tal no existe, al igual que no existe el cirujano estético; sólo los cirujanos plásticos están avalados oficialmente para la realización de cirugía estética. La cirugía estética no está incluida en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social. La cirugía reconstructiva o reparadora se realiza sobre estructuras anormales del cuerpo, causadas por problemas congénitos, problemas del desarrollo o del crecimiento, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades. Se realiza, sobretodo, para mejorar la función, aunque también puede realizarse para mejorar el aspecto físico. La cirugía reparadora sí está incluida dentro del catálogo de prestaciones de la Seguridad Social". <http://secpre.org/index.php/extras/que-es-la-cirurgia-plastica#> (consultat 04-07-2015)

¹¹⁶ <http://secpre.org/index.php/noticias?start=12>

¹¹⁷ Les enquestes i l'anàlisi de les dades van ser dutes a terme per l'institut *Investigación, Marketing y Opinión (IMOP)*.

intervencions de cirurgia estètica, de les quals el 87,8% van ser practicades a dones i el 12,2% a homes. Per edats i amb independència del gènere, la franja de població compresa entre els 30 i 44 anys va ser la que més va recórrer a aquest tipus de cirurgia, amb un 42,2% de les intervencions, seguida de les franges de 45 a 60 anys amb un 27% i de 18 a 29 anys amb un 23,8%. Respecte a un estudi anterior realitzat l'any 2010¹¹⁸, que recollia dades del 2009, el número de cirurgies estètiques ha disminuït entre un 15% i un 18%, cosa que els enquestats atribueixen a l'actual crisi econòmica i, sobretot, a l'intrusisme professional. De tota manera, una majoria opinen que el número d'intervencions creixerà en els pròxims tres anys. El percentatge d'intervencions realitzades a dones i homes és similars en ambdós estudis. Cal assenyalar que en l'estudi de 2014 s'ha reestructurat la tipologia d'intervencions quirúrgiques del qüestionari (alguns tractaments han estat exclosos i altres han estat reagrupats), seguint els estudis de la *American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS)*, cosa que podria explicar, en part, la reducció del número de cirurgies realitzades. Cal destacar, també, l'*International Study on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2013*¹¹⁹, realitzat per la *International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)* a partir d'enquestes realitzades a cirurgians plàstics, que inclou una gran diversitat de procediments tant quirúrgics com no quirúrgics. Segons aquest estudi, l'any 2013 es van realitzar al món més de 23 milions d'intervencions estètiques quirúrgiques i no quirúrgiques. Espanya ocupa el setè lloc quant a procediments quirúrgics amb un total de 213.292 intervencions, per darrera de Brasil, Estats Units, Mèxic, Alemanya, Colòmbia i Veneçuela; el cinquè lloc quant a procediments no quirúrgics amb un total de 233.880, darrera d'Estats Units, Brasil, Mèxic i Alemanya; i manté el cinquè lloc en el total d'intervencions quirúrgiques i no quirúrgiques amb un global de 447.177, darrera d'aquests mateixos països. El 87,2% d'intervencions corresponen a dones, mentre que aquelles realitzades a homes representen només el 12,8%, xifra aquesta molt similar a l'obtinguda en l'estudi de la SECPRE, i que posa de manifest que la cirurgia estètica és un fenomen majoritàriament femení, cosa que vindria a reforçar la idea que les dones continuen estant més sotmeses als imperatius

¹¹⁸ Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (2010) *La realidad de la Cirugía Estética en España*. Madrid. Capitulo de Estética de la SECPRE.

¹¹⁹ <http://www.isaps.org/Media/Default/globalstatistics/2014%20ISAPS%20Global%20Stat%20Results.pdf>

de l'estètica corporal. Amb les dades disponibles, si comparem els dos estudis (SECPRE 2014 i ISAPS 2013) la diferència de xifres observada quan al número d'intervencions de cirurgia estètica realitzades (65.000 en l'estudi SECPRE 2014 front a 213.292 en l'estudi ISAPS 2013) només es pot explicar per la inclusió d'una molt més gran varietat de procediments en l'estudi de la ISAPS. Sigui com sigui, les dades suggereixen, d'una banda, que moltes persones estan insatisfetes respecte de la seva aparença física, i d'una altra, que les pràctiques encaminades a modelar o reconstruir el cos s'estan "normalitzant", tant dins la medicina com en la societat en general. Poden inferir que el cos del capitalisme de consum és un cos capturat per un mercat que crea en moltes persones incomoditat amb el propi cos, que és assumit com a lleig o defectuós, i provoca la il·lusió d'una completa transformació. En aquest context el model corporal dominant o normatiu, molt homogeni (prim, esvelt i eternament jove), esdevé paradigma de la normalitat. Llavors, la cirurgia estètica o la realització d'altres pràctiques encaminades a millorar l'aspecte corporal es poden entendre com una opció "legítima" del desig d'acostar-se a aquesta normalitat. Però, com sabem (cf.: 3.1), la normalitat, i també la patologia, sovint és circumstancial i definida pel poder (Canguilhem, 1971; Foucault, 1990b).

Aquesta recerca de l'ideal corporal vigent o normatiu té diferents lectures. A les societats industrialitzades contemporànies, caracteritzades per un fort sentit de l'individualisme que enalteix l'esforç i l'èxit personal, la ritualització eterna de dietes i altres formes de treball corporal o el recurs a la cirurgia estètica es poden interpretar com un exercici de llibertat i d'autoafirmació, un símbol de reapropiació del cos i expressió de la pròpia voluntat: l'ésser humà que escull, que decideix i actua segons els seus propis criteris, que, en definitiva, dóna forma a la pròpia vida i crea una identitat individual. En efecte, com hem vist, el cos ha assolit una important significació per a l'autogestió de la pròpia existència i la diversitat de propostes que ofereix el mercat per remodelar-lo o perfeccionar-lo semblen deixar un considerable espai obert a l'elecció, a la iniciativa individual. De tota manera, en un entorn medicalitzat i mercantilitzat, que insta constantment a aconseguir un cos en conformitat als límits social i medicament acceptats, i on no ajustar-se a la norma s'interpreta sovint com un defecte físic o moral que cal corregir, cal qüestionar fins a quin punt el fet de

sotmetre's a les esmentades modificacions corporals obeeix realment a una decisió lliure de la persona. Aquestes pràctiques corporals es poden interpretar, també, com un exemple de biopoder, una forma de disciplina que doblega el cos front a la exigència social, un cos que, a modus de panòptic, conscient que és observat en tot moment, adopta una actitud d'alerta, sotmetent-se a l'autovigilància i l'autocontrol (Foucault, 1992, 2005). Un poder que més endavant Foucault definiria amb el concepte de governamentalitat (1990a), i que seguint les lògiques del neoliberalisme es recolza en la vigilància de si mateix, "delegant" el poder de decisió en els consumidors.

Pensar aquestes pràctiques com a expressió d'unes normes corporals incorporades i sovint considerades pels subjectes com a pròpies em porta també a evocar el concepte d'*hegemonia* de Gramsci, que intenta descriure la forma de dominació pròpia de les societats complexes, a través del control de les idees, del consens, més que no pas mitjançant l'ús de la força, i que deu la seva eficàcia al fet d'aconseguir que els grups subalterns assumeixin com a propis els valors i representacions del grup dominant (Luciano Gruppi, 1978; Antonio Gramsci, 1981). En altres paraules, el que l'*hegemonia* prescriu és un marc per percebre la realitat, una realitat que articulant aspectes biomèdics i estratègies de la mercadotècnia insta les persones a modificar el cos, i que per assolir coherència i sentit en la ment de les persones, necessita ser legitimada. Mitjançant aquesta legitimació, unes determinades definicions de la realitat, i el poder que la sustenta, poden ser viscudes com a naturals i espontànies pels individus (Carles Feixa, 1994). És l'associació de bellesa física i salut, és a dir el recurs al discurs biomèdic reconegut socialment per la seva consideració com a científic, el que atorgaria legitimitat a les pràctiques de control o modificació corporal.

Diferents autors han analitzat les possibilitats reals d'elecció que té el consumidor en el capitalisme de consum. Així, per exemple, Baudrillard diu que: "Cuesta no coincidir con Galbraith¹²⁰ (y otros) cuando afirma que la libertad y la soberanía del consumidor no son más que un engaño." (2009: 72). En la mateixa línia, Bauman (2007) opina que la societat de consumidors pràcticament no genera disconformitat o resistència ja que l'*obligació* de consumir -d'assolir el cos normatiu- es presenta com una *llibertat*

¹²⁰ Jonh Kenneth Galbraith (1958) *L'ère de l'opulence*, Paris: Calmann-Lévy.

d'opció. Lipovestky (1999, 2007), per la seva banda, opina que en termes generals creix la capacitat del mercat per enquadrar l'existència, tanmateix argumenta que la informació i la diversificació de l'oferta impliquen, quasi de manera inevitable, una elecció més reflexiva, una major participació dels individus. Considera que el *Homo consumericus* no és només un individu passiu i mal-leable sinó també un agent, un subjecte capaç de filtrar els missatges a què està exposat: "La publicidad propone, el consumidor dispone: aquella tiene poder, pero no todo el poder." (2007: 169). Per a Díaz Rojo, Morant i Westall (2006) la recerca de l'ideal corporal vigent és el resultat de la pressió social per assolir un cànon de bellesa aclaparador, una tirania que es resumeix en les següents característiques: consumisme, disciplina, uniformitat, competitivitat, inseguretat.

Des de posicions feministes es poden identificar dues perspectives (cf.: 1.2). La primera, elaborada per autores com Chernin (1985), Orbach (1987), Wolf (1991) o Bordo (1993), més desenvolupada en base a les idees foucaultniànes de sistemes de poder, remarca les forces externes que pressionen les dones per aconseguir l'ideal corporal, resultat del seu menor estatus i de la seva instrumentalització com a objectes en una societat patriarcal. El segon argument, procedent de les teories feministes postestructuralistes, que defensen autores com Lupton (1996), Hepworth (1999) o Esteban (2004), entre d'altres, es construeix des de la perspectiva de l'agència i suggereix que aquelles dones que trien modificar el cos poden fer-ho no sols com a reproductores passives d'un ideal femení, sinó com un acte voluntari que els permet guanyar control sobre la pròpia vida, cosa que posa de manifest el seu rol actiu en relació a la construcció del cos. En aquest cas, sense prescindir de la influència del context sociocultural sobre els subjectes, es dona una major rellevància a la praxi. Kathy Davis (1995a, 1995b i 2007), que analitza la pràctica de la cirurgia estètica en dones, entén que aquesta és una estratègia que possibilita a les dones exercir un cert autocontrol sobre les seves vides. L'autora no nega l'existència de discursos, d'ideals de bellesa, i la seva influència en les experiències del cos, però explica que moltes de les seves informants afirmen que la decisió de sotmetre's a aquesta pràctica va ser individual. Si bé Davis reconeix que és una estratègia que consolida la cosificació de les dones, no comparteix la definició d'*ineptes culturals* que proposen visions més

deterministes, afirma que aquelles dones que decideixen modificar el seu cos poden fer-ho com un acte voluntari que els permet empoderar-se i que, per això, pot ser interpretat com un acte d'agència i no com un acte de victimització com proposen algunes feministes.

Es fa difícil determinar el grau d'autonomia que tenen les persones en el moment d'escollir sotmetre's a les esmentades pràctiques corporals, avaluar si les estrictes normes en relació a l'aspecte del cos i els interessos econòmics que estan en joc deixen espai per a les decisions individuals, o si la pretesa llibertat d'escollir és en realitat l'expressió d'unes normes corporals incorporades i considerades com a pròpies. En la meua opinió, en una societat com la nostra que redueix de manera important les oportunitats de persones que no compleixen l'estàndard corporal vigent (cf.: 2.2.2), que associa aquest estàndard a salut (cf.: 4) i que, alhora, ofereix infinitat de solucions per assolir-lo a través del consum, la decisió d'actuar sobre el cos no es pot considerar un acte individual, sinó que es pot interpretar també com a resultat de la incorporació de les normes socials respecte del cos, del discurs expert biomèdic i dels interessos mercantilitzadors de la indústria del cos, expressió d'una *hegemonia* que fa que aquestes pràctiques corporals siguin assumides com a lliures i voluntàries. Es pot acceptar que les persones, malgrat ser coneixedores del context, poden decidir voluntàriament modificar el seu aspecte corporal en considerar que els permetrà millorar la situació personal i que, per tant, gaudeixen d'un marge de decisió, d'una certa agència. Però, sota el meu punt de vista, si bé és cert que pot existir una elecció voluntària, això no significa que sigui necessàriament lliure. Es tractaria més aviat d'una acció voluntària però sotmesa a forces externes, a condicionaments estructurals sustentats a través de diferents institucions socials i interessos materials que pressionen els individus a assolir un determinat model corporal i limiten les possibilitats reals d'elecció. No es pot negar que per a moltes persones, i especialment per a les dones, el desig d'assolir l'ideal corporal normatiu, i les dificultats o frustracions que això comporta, en lloc de ser quelcom alliberador esdevé amb freqüència una font d'angoixa que encadena la persona a la seva aparença. Tampoc hem d'oblidar que sota l'aparença d'autonomia i voluntat de la persona sobre el propi

cos el mercat promou l'acceptació o legitimitat de determinats models corporals i en nega uns altres.

Sóc conscient també que no totes les persones internalitzen de la mateixa manera les imatges socioculturals dominants, que les respostes front a l'ideal corporal són variades i que les persones no només reproduïxen sinó que també produeixen la societat amb la seva actuació quotidiana. Així, reconeixent el pes dels condicionaments estructurals, però sense negar les qüestions d'agència i resistència que també existeixen en relació a l'ús d'aquestes pràctiques, intentaré mostrar en el proper apartat com el mercat, fent coincidir en el cos valors inherents a la nostra societat actual com salut, bellesa, individualisme i hedonisme, busca crear en les persones la necessitat d'actuar sobre el propi cos sotmetent-lo "voluntàriament" als diferents tractaments que ofereix aquest mercat per tal d'apropar-lo al que es considera com un pes corporal "normal", transformant la grassor en un bé de consum dins del sistema del capitalisme tardà. S'ha de convenir que les estratègies del mercat del cos estan dissenyades per crear un estat d'opinió favorable respecte a la necessitat d'actuar sobre el cos i que la finalitat última d'aquestes propostes és incrementar les vendes dels seus productes i mantenir la seva quota de mercat.

6. El negoci de l'obesitat

"Hoy la belleza no podría ser gorda o delgada, pesada o esbelta como podía serlo en una definición tradicional basada en la armonía de las formas. Sólo puede ser delgada y esbelta."

(Jean Baudrillard, 2007: 172)

Com ja he apuntat, avui en dia, a les societats industrialitzades, les decisions en relació a la salut, presentació i ús que fem del nostre cos, així com molts altres aspectes de la nostra vida, estan subjectes a la racionalitat del mercat. En aquest context, la gran pressió mediàtica i social per aconseguir un cos sa, prim i esvelt ha fet que un gran

nombre de persones se sentin incomodes amb el seu pes, incomoditat que el mercat, per suposat, no ha passat per alt. Coincidint amb l'atenció que la comunitat mèdico-científica ha mostrat pel tema de l'obesitat i amb el relatiu fracàs i decepció que acompanyen el seu tractament, el mercat s'ha apropiat de l'obesitat-malaltia emfatitzant els riscos i el malestar que comporta en moltes persones un pes corporal elevat per a després vendre la solució que, suposadament, els retornarà la salut i el benestar. Així, l'obesitat, vista des del teixit assistencial com una càrrega econòmica evitable, ha suposat una nova oportunitat de negoci per al sector privat. Cal recordar que una característica del capitalisme de consum és la fusió cultural de bellesa i salut, conceptes que apareixen com a ideals inseparables i lligats, òbviament, a primesa i esveltesa. Podem dir que la bellesa física s'ha medicalitzat en equiparar l'ideal estètic corporal de primesa amb salut i els criteris definits pel discurs mèdic s'han mercantilitzat i han deixat de relacionar-se exclusivament amb la salut, per fer-ho de forma progressiva amb qüestions d'ordre material i simbòlic relacionades amb bellesa, individualisme, autoresponsabilitat i èxit social. Aquest mercat de la grassor-malaltia, o de la primesa-salut, va molt més enllà de la protecció de la salut i es basa en la consecució d'un cos estètic i socialment acceptable, d'un cos, com diria Martínez-Hernández (2002-2003), que consumeix i que és apte per al consum.

Conforme s'ha estès la vivència de la grassor com a problemàtica s'ha produït una àmplia i profunda comercialització de tot allò relacionat amb la pèrdua de pes o greix corporal. Aquesta acció comercial es basa principalment en la difusió constant a través de la publicitat (televisió, Internet, revistes...) de productes i serveis dirigits a prevenir o tractar l'excés de pes corporal, en l'equiparació quasi automàtica que es fa entre pèrdua de pes i salut, i en l'autocrítica constant i la insatisfacció del jo amb si mateix. D'acord amb Lipovetsky (1999), el cos obès o la por a engreixar han esdevingut un dels grans negocis del segle. Una àmplia gama d'interessos estructurats al voltant d'aquest binomi grassor-malaltia o primesa-salut intenta persuadir als individus, i especialment a aquells amb una identitat corpòria desacreditada, a adquirir els productes o serveis disponibles al mercat, cosa que els permetrà assolir amb facilitat i rapidesa un cos més prim, atractiu i saludable. Però és obvi que una cosa és la solució que ofereix el mercat i una altra diferent la tossuda realitat que fa palesa la dificultat per aprimar o mantenir

el pes perdut que tenen les persones obeses. I és precisament en aquesta dificultat, que obliga a estar contínuament controlant, que radica el gran negoci de l'obesitat, transformant el cos obès en una font potencialment inesgotable de beneficis. Marià Alemany ho exposa amb aquestes paraules:

“Desde un punto de vista cínico pero comercial no puede pedirse más: pacientes relativamente sanos, motivados, dispuestos a pagar su pérdida de peso en oro, y que una vez liberados de sus grasas excesivas se muestran muy contentos y dan por buenas todas las penalidades a que se les ha sometido, y que... además volverán al cabo de poco tiempo para volverse a quitar la grasa que han ido acumulando.” (1996: 51)

En aquest rerefons de preocupació molt generalitzada per gaudir d'un cos prim i esvelt els intents de perdre pes constitueixen un pràctica molt estesa. Hem vist, en la segona part d'aquest text, que una majoria de les persones entrevistades que tenen un excés de pes han practicat el *dieting*, han intentat augmentar la seva activitat física o han utilitzat diferents mètodes existents al mercat amb l'esperança de perdre pes. Però no només aquestes persones se senten seduïdes per l'ideal corporal de primesa i per aquest gran negoci de la lluita contra l'obesitat, també individus sans i que es troben dins dels límits de pes considerats normals practiquen el *dieting* o altres formes de control ponderal, cosa que fa pensar que han incorporat de manera molt rellevant els interessos de salut i estètics vigents a la nostra societat. Malgrat la “normalitat” del seu pes s'involucren, paradoxalment, en pràctiques destinades a “normalitzar-lo”. Per exemple, la Marta, en Daniel o la Núria que tenen un normopès s'han mostrat clarament preocupats pel seu pes i figura corporal:

“Quan he comentat que estic fent dieta la resposta és: -Dieta? Què vols perdre? Perquè la imatge meva és prima, però t'has de fixar i veure que sí, que tinc un michelín que no tenia abans i que em volia treure... Menys mal que si vull recupero el pes que tenia, perquè el sol fet de pensar que volgués aprimar-me i no pogués... em posaria dels nervis. La dieta me l'he saltat moltíssim, perquè hi ha una primera fase de la dieta Dukan que és només proteïna i jo he menjat altres coses... però bueno, m'ha servit per perdre el que volia... estar gorda no

ho suportaria!... Si vas amb un bon físic tens molt de guanyat! ” (Marta, 43 anys)

“Com he estat sempre bastant prim, doncs no he acostumat a tenir problemes... ara tenia una mica de “barrigueta”, poca cosa però... una mica de greix acumulat, doncs si t'ho pots treure millor. Com estic prim la gent em diu: -“Ala! Et vols aprimar?”- I jo dic no és que em vulgui aprimar sinó treure'm el que em sobra... de manera natural, amb una dieta (recentment a seguit la dieta Dukan) i exercici.” Afegeix més endavant que : “El cos et classifica, et posa l'etiqueta i potser no és just, però és així.” (Daniel, 47 anys)

“Hi ha dies que em trobo fatal, em miro i dic... és que em sap mal i tot dir-ho, però hi ha dies que penso; - És que estic gorda, eh?... Uf! Deixaré de menjar, avui no menjo!- A mi m'agradaria pesar dos quilos menys.... Hi ha dies que menjaria una altra cosa, menjaria pasta i em faig verdura, però ja m'he acostumat.... Quan puc vaig a peu o per les escales... faig pàdel, tres dies a la setmana.” Afegeix: “tinc amigues que estan fent unes dietes d'uns sobres que es diuen Siken, però no ho he provat. Jo l'únic que he provat després de l'embaràs (es va engreixar vuit quilos), les pastilles aquestes que t'ajuden a cremar calories (no recorda el nom). També vaig anar a fer-me massatges, perquè dic a veure la cel·lulitis i tot això, això sí que n'he fet.” (Núria, 36 anys)

Quan li pregunto què faria en cas d'augmentar més de pes la Núria respon:

“Aniria al metge, alguna dieta... potser provaria aquesta PronoKal, que està fent tothom ara.” (Núria, 36 anys)

Vull fer un incís per assenyalar que l'anomenat Mètode PronoKal® i altres dietes com la Siken® o la Dukan¹²¹ són dietes hiperprotèiques o proteinades molt utilitzades en els últims anys ja que produeixen una ràpida pèrdua de pes, però que han estat molt criticades des del sector sanitari i les societats científiques en considerar-les ineficaces a llarg termini i perilloses per a la salut (Marta Garaulet, 2011; SEEN, 2011; Basulto, Manera i Baladia, 2012). Crida l'atenció, però, que els productes del Mètode PronoKal®

¹²¹ Basada en el mètode difós pel seu autor Pierre Dukan, publicat per primer cop en francès l'any 2000. Dukan, P. (2010) *No consigo adelgazar. El método para perder peso sin recuperarlo*. Barcelona: Integral.

s'adquireixen en consultes mèdiques i els productes Siken en farmàcies, aquests últims sense prescripció mèdica¹²². Tot i que sigui una suposició, aquest fet fa pensar en l'existència d'un interès econòmic per part dels laboratoris que els fabriquen i per part dels professionals que els recomanen o els dispensen (Figures 7 i 8)¹²³.



Figura 7. Mètode Pronokal

An advertisement for the Pronokal method titled "EstudioProKal*". It features a woman counting on her fingers. The text includes: "¿Quieres perder más de 5 kg en tan sólo 15 días? ¿Y más de 13 kg en 2 meses? ¿Y casi 20 kg en 4 meses?" and "¿Quieres mantener los resultados conseguidos después de un año de haber iniciado el tratamiento?". A grey box states: "Por eso, el 92% de nuestros pacientes se sienten satisfechos y/o muy satisfechos con el Método PronoKal®." Below this, it says "Datos extraídos del Estudio ProKal". A yellow box at the bottom says "Es interesante saber..." followed by "Ya se han tratado más de 400.000 pacientes en todo el mundo con el Método PronoKal®". A yellow circle with a question mark is also present. A yellow sticker on the right says "¡Con el método PronoKal® PUEDES CONSEGUIRLO!" (With the PronoKal® method you can achieve it!).

Figura 8. Mètode Pronokal

¹²² Les dietes autodenominades proteinades, com PronoKal o Siken, es solen basar en la ingesta de preparats comercials que substitueixen la ingesta habitual durant un cert període de temps.

¹²³ Figures 7 i 8 extretes de la pàgina web de Pronokal: www.pronokal.com

Tornant als individus amb normopès, resulta evident que el motiu principal que els porta a controlar el seu pes corporal és estètic, presumiblement perquè són persones sanes, cosa que no significa que no donin importància a la salut:

“Jo al prim l'associo a tenir cura d'un mateix, a saber cuidar-se, una persona sana que fa exercici que menja bé.” (Marta, 43 anys)

“Hi ha gent que dóna prioritat a gastar-se aquells diners anant al cine o una altra cosa i no li dona prioritat al menjar, que és amb el que està fabricant el seu cos, tots aquells greixos, que són tan dolents... i això redundarà després en ell mateix amb enfermetats.” (Daniel, 47 anys)

Consideren que darrera la propensió a engreixar pot existir una malaltia de base i assenyalen, també, que el problema de l'obesitat pot ser, al menys en part, de naturalesa estructural. Malgrat això, tenen una visió negativa de les persones obeses i, seguint el plantejament biomèdic hegemònic, traslladen fàcilment l'origen del problema a les conductes individuals:

“Puede haber una enfermedad de por medio u otros problemas que te lleven a eso, pero, en cualquier caso, considero que... hay una cierta dejadez, de no cuidar-se, de haber llegado a ese extremo. No se puede generalizar, pero en general yo creo que es una cuestión de voluntad. Yo tengo clarísimo que el único responsable soy yo.” (Àlex, 46 anys)

“L'obesitat pot ser derivada d'una malaltia... però la majoria de vegades és una mancança de no tenir cura d'un mateix.” (Marta, 43 anys)

“Independentment que pugui tenir una enfermetat... són persones que són molt descuidades en tot, que no es pentinen, mengen qualsevol cosa. Una de les coses bàsiques per cuidar-se és l'alimentació. Què estàs comprant? Clar, si comences a comprar menjar porqueria acabes, evidentment, amb un sobrepès.” (Daniel, 47 anys)

Quant a la possible naturalesa estructural de l'obesitat, la majoria s'han mostrat molt crítics envers alguns aspectes de l'entorn que consideren afavoridors de l'excés de pes,

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

especialment pel que fa a la quantitat d'informació que rep el consumidor i a la dificultat d'absorbir i assimilar tota aquesta informació, a l'accés a l'alimentació, a la implicació de la indústria alimentària i als interessos econòmics que hi ha al darrera, o a la manca d'actuació dels responsables polítics en aquest sentit:

“Son muchos mensajes que recibes al cabo del cada día... sin darte cuenta, sin tener tampoco una capacidad crítica, pero lo vas asumiendo. Para muchos el problema más grande es el acceso a la alimentación, y que en muchas ocasiones el alimento más barato es el más manipulado y el que más daño te hace. Aquí tendrían que incidir los políticos. Las empresas de comida de alimentación hacen sus estudios, que es saber cómo engañan al personal, en el sentido de a ver cómo consigo un producto que guste a la gente y sin mirar más. Yo creo que es aquí donde realmente las autoridades deberían de hacer el esfuerzo.” (Àlex, 46 anys)

“Manca de vigilància en la producció alimentària... hi ha competència, això fa que baixis els preus... han de canviar els productes de primera qualitat que posaven al principi per altres més insans, grasses hidrogenades... això fa que aquell producte sigui molt danyí per al cos, i com això l'Estat no ho controla.... La gent que no té diners té que comprar barat i, per tant, compra porqueries.... Un govern que tingués cura que la seva població estigués sana seria bo per a ell, perquè una població sana produeix més, no gasta en hospitals i en medicaments, i això repercuteix en l'economia. Per tant, hi ha molta cosa a fer i que no es fa.” (Daniel, 47 anys)

La Marta parla del doble joc de control i consum a què hem fet referència amb anterioritat:

“ Estem en una societat capitalista on el que prima per sobre de tot és el consumisme i això... és com un cercle, per una banda et venen el cànon de bellesa d'uns persona prima, però per una altra banda et donen una sèrie de menjars penosos, una dieta amb greix, ràpida, hamburgueseries... una dieta nociva. I això què comporta? Que hagis de fer coses per aprimar-te, que si vaig al gimnàs, que si em compro cremes, que si... i això fa el cercle aquest que li

anem donant voltes. El govern amb tot això crec que hi intervé molt poc, s'ha fet alguna cosa en polítiques sanitàries, però qui mana en tot això són les multinacionals i les multinacionals el que volen és vendre, tant siguin els productes que ens engreixen, com els productes que ens aprimen tot allò que ens hem engreixat amb els altres productes.” (Marta, 43 anys)

D'aquestes narratives s'extrau que, a pesar del seu normopès i de la seva bona salut, aquestes persones han interioritzat de manera notable els interessos de salut, d'estètica i de control i ordre social predominants a la nostra societat actual. Han incorporat la idea d'anormalitat o de desordre que el biopoder confereix a l'obesitat, fundada en la responsabilitat individual i la culpabilitat, i han integrat en la seva vida quotidiana l'autovigilància del pes i les propostes de millora corporal que ofereix el mercat, fent del control del propi cos i de la primesa un acte d'excel·lència moral i una forma de distinció social. Es pot argumentar que el mateix rebuig a la grassor i la por a engreixar que els empeny a autocontrolar-se constantment, fa que siguin molt crítics amb les persones obeses en considerar-les irresponsables i incapaces de cuidar-se a si mateixes, i també amb un entorn social al que consideren en bona mesura responsable de l'increment de sobrepès i obesitat observat a les actuals societats industrialitzades. Com veiem, aquesta visió dels factors externs com a possibles contribuents a l'augment de pes, o la possible existència d'un procés patològic subjacent, no excusen als obeses de ser-ho, deixant novament al descobert la idea molt arrelada que estar gras depèn, en últim terme, d'un mateix.

En les dues o tres últimes dècades hem assistit a un creixent desplegament de procediments biomèdics i estètics i a l'aparició de multitud de productes destinats a aconseguir disminucions del pes o remodelacions del contorn corporal. La multiplicació d'aliments baixos en calories, de dietes o complements dietètics i remeis diversos pensats per controlar el pes, la proliferació d'establiments d'esport o dispositius per millorar la forma física, l'increment de consultes i centres mèdics privats i d'intervencions quirúrgiques o endoscòpiques per tractar l'obesitat, la infinitat de tractaments estètics o cosmètics orientats a eliminar greixos i remodelar el contorn del cos, o l'edició d'incomptables llibres sobre dietes evidencien aquesta orientació consumista cap el pes i la figura del cos. Veurem en primer lloc l'opinió d'un grup

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

d'actors socials representants de col·lectius relacionats amb la promoció d'hàbits saludables i/o l'estètica corporal (farmacèutics, preparadors físics, metge especialista en cirurgia plàstica, reparadora i estètica) respecte a l'actual preocupació pel pes i l'aparença del cos i a la proliferació de productes i serveis destinats a millorar-lo o modificar-lo. En segon lloc, l'anàlisi de la publicitat present en les pàgines web de diferents centres mèdics privats ens permetrà conèixer quins tractaments ofereixen i quins arguments utilitzen per tal d'orientar als potencials clients o generar en ells la necessitat de controlar el pes i perfeccionar la silueta del cos.

Els professionals entrevistats coincideixen en considerar que actualment en el nostre entorn existeix una gran preocupació pel pes i la figura corporal i que aquesta ha augmentat significativament en els últims anys:

"Sí, molt, molt, la imatge en general i el pes, molt. Sí que la gent es cuida més, sí, sí. ... potser de 10 o 15 anys cap aquí o una mica més." (Farmacèutica 1)

"Hi ha molta gent no contenta amb el seu cos que crec que tenen un cos normal. Cada cop em trobo amb més gent, i gent jove, que volen perdre pes. Des dels 14 anys ja ho demanen." (Preparador físic 1)

"Sí... yo he empezado a trabajar en cirugía plástica hace... desde el 88... Yo creo que ha ido in crescendo, de manera continua, y no ha parado. ... y crecerá cada día más." (Cirurgia plàstica)

La preocupació per la grassor s'observa en la freqüent necessitat de comprovar el pes corporal que tenen moltes persones. Quan preguntem si els clients utilitzen molt la balança responen que:

"Sí, sí. Penso que a casa es pesen i després aquí comproven: - A veure si va igual? Ai, pues sí, pues no, pues tal!- Et diuen (riu): - No va bé!- Llavors jo trec un pes d'un quilo i el peso i dic: - Mira, uno coma cero, cero. Va clavada!"
(Farmacèutica 1)

"Sí, sí... hi ha gent que només entra... joventut que només entra a pesar-se."
(Farmacèutica 2)

"La manía de pesarse, cuando llegan y cuando se van...." (Preparador físic 2)

Consideren que avui en dia homes i dones estan preocupats pel seu cos. Però si bé les dones han estat tradicionalment sotmeses a una exigència més alta respecte de l'aparença física i, segons ens comenten aquests professionals, continuen sent les principals consumidores de productes i serveis relacionats amb la pèrdua de pes i l'estètica corporal, també assenyalen que el nombre d'homes que cuiden el seu aspecte físic s'ha incrementat progressivament en aquests darrers anys:

"Dones i homes, que abans homes no i ara sí, els homes pues venen: "Ai mira! Tens una crema anticel·lulítica, és reductora o no, o tal? S'interessen i es volen aprimar. Sí, sí, menos que les dones però que abans no n'era cap d'home i ara sí, tens homes que t'ho pregunten i que es cuiden i tot." (Farmacèutica 1)

"Les dones sempre han estat més preocupades pel pes que els homes, però darrerament els homes s'han afegit." (Farmacèutica 3)

"Mujeres, sí... a ver... en la consulta, en cirugía plástica, más o menos tenemos un 15-20% de varones... y está aumentando ¿eh? Sobre todo en gente de 20-30 años. Yo creo que es por educación, por educación sexista. El hombre siempre ha sido más reacio a someterse a este tipo de cuestiones, a tratamientos de cosmética, es simplemente cuestión de educación." (Cirurgia plàstic)

Només els preparadors físics han assenyalat un predomini dels homes pel que fa a activitats físiques realitzades al gimnàs. Han destacat que aquests, sobretot els més joves, s'inclinen majorment per aquelles activitats encaminades a potenciar la musculatura i la força física, cosa que evidencia un manteniment de l'estereotip de força i poder associat a masculinitat (cf.: 2.2.2), i podria explicar aquesta major preferència dels homes cap a aquest tipus de control.

"Ellos quieren convertir, como ellos dicen, grasa en músculo, entonces pues... hacen trabajos sobre todo de fuerza.... Las mujeres siempre prefieren perder vientre y caderas. Los hombres buscan ensanchar el torso, y...tener la cintura con los abdominales marcados y todo eso...." (Preparador físic 2)

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Opinen que la motivació que mou les persones a buscar solucions per disminuir el seu pes o modelar la seva figura és, principalment, estètica. La major demanda de productes durant la primavera, previ a una època de l'any de major exhibició del cos (roba més lleugera, platja, piscina), ve a reforçar aquesta visió de l'estètica com a principal motivació:

"Ahora está muy de moda hacer actividad física para... el culto al cuerpo...para que te vean físicamente bien...más que por estar saludable. Cuando pasas una cierta edad, cuarenta y tantos, pues yo creo que ya la gente empieza a mentalizarse un poco con el tema de la salud, pero... todos buscan un buen aspecto físico.... a todos nos gusta vernos bien." (Preparador físic 2)

"Per l'estètica! Total! Sí! Tens també una part que et venen per salut, que s'han fet una analítica i els ha sortit el colesterol alt o una mica de sucre, però... 60 o 70 % és estètica." Explica que: *"Allà l'abril és tremendo, la gent ja comença a moure: -Escolta, quina antice-lulítica tens? És que estic fatal, és que vull baixar quatre quilos, és que en vull baixar-ne tres..."* (Farmacèutica 1)

Cal tenir present que una majoria de persones que acudeixen a la farmàcia o al gimnàs en busca de solucions són, presumiblement, individus sans que tenen un sobrepès o una obesitat lleu, o persones que malgrat tenir un pes "normal" creuen que els sobra algun quilo o estan preocupades per la presència d'una acumulació de greix en alguna zona concreta del seu cos.

"Hi ha alguna gent que el veus que està normal i dius, bueno, és una mica de mania, no? Però sí el 90% és gent que la veus una mica.... amb un sobrepès, perquè obeses, jo a vegades si ve algú que el veus obès dius: "Escolta ves al metge perquè aquí és que no et podem fer res." O ja et ve del metge amb una recepta d'un producte.... Aquí és més gent, pues sobrepès, que els sobren uns quilets." (Farmacèutica 1)

"Normalment sí, els sobren alguns quilos, però... a vegades no, eh?"
(Farmacèutica 2)

Segons els professionals, la franja d'edat dels individus que consumeixen productes o serveis per controlar el pes o modelar el contorn del cos és àmplia, i abasta des de l'adolescència fins aproximadament els seixanta o seixanta-cinc anys, si bé és més freqüent entre persones de vint o vint-i-cinc fins als quaranta-cinc o cinquanta anys.

A la pregunta de quines creuen que són les causes que generen en les persones aquesta major atenció o preocupació pel cos, que les mouen a consumir productes i serveis per millorar-ne el pes o l'aspecte, els professionals responen que, probablement, es deu a:

"A totes les campanyes que es fan, televisió, tot això, tots aquests productes nous que han sortit, abans... hi havia dos, tres productes, com a molt, que podien anunciar, ara cada vegada n'hi ha més, sobretot al febrer o març comencen a sortir tots estos productes nous, milagros saps? I la gent comença a veure... "Ui! Potser sí que estic grassetta! Ui! Ara quan em tregui la roba!", i venen... Sí, sí, ha augmentat potser degut a això, tota esta publicitat de productes. (Farmacèutica 2)

"Pressió de l'entorn i dels mitjans." (Preparador físic 1)

"Pues yo pienso que es debido sobre todo al culto al cuerpo que se está promoviendo en la sociedad, el ser guapo implica éxito y a partir de ahí... todo el círculo de cosmética, dieta, gimnasios y demás, yo creo que la base es esta, es... el estar bien para que los demás te acepten mejor. Puedes ser muy bueno, pero si tienes una mala imagen te va a costar mucho más llegar hasta el mismo punto que una persona que tiene una aceptación en la sociedad." (Cirurgia plàstic)

Com a resultat de la desvalorització social i la discriminació que pateixen els obesos, de la insistència per part de professionals i autoritats sanitàries en la necessitat de controlar el pes i del potencial per modular el pensament col·lectiu que té la publicitat, entesa com a eina que fan servir les indústries per promocionar el consum dels seus productes i com a epítom de discursos sobre estètica-salut-disciplina, moltes persones, obeses o no, se senten descontentes amb el pes o l'aspecte del propi cos i s'involucren

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

en un comportament d'automillora destinat a assolir els estàndards culturals de bellesa i salut. Ortega (2010: 15) escriu que, en el fons, poques persones estan avui en dia totalment satisfetes amb el seu cos, i assenyala: "si podemos mejorarlo y poseemos la tecnología y los recursos suficientes ¿por qué no perfeccionarlo?". D'acord amb ell, l'enorme importància atorgada al cos i l'investiment simbòlic de què és objecte ocasiona sovint inseguretats i malestar, i es tradueix en una preocupació cap a si mateix i en la necessitat d'actuar sobre el propi cos i mostrar, d'aquesta manera, la competència per cuidar de nosaltres mateixos.

Gràcies a les indústries lligades a l'estètica corporal i als avenços de la indústria farmacèutica i la biotecnològica, que obren noves possibilitats per millorar la salut i l'aparença física, posseir un cos d'acord amb els ideals de bellesa i salut vigents, ja no s'entén com un privilegi natural del qual només alguns poden gaudir, sinó que sembla dependre cada cop més de la voluntat i la disposició individuals. Com exposa Lipovetsky (1999), en una societat on coincideixen els interessos comercials de les indústries de la salut i la bellesa i l'ideal de sobirania individual:

"El principio de libre posesión de sí deslegitimó la cultura de la aceptación de lo dado, valorizó la voluntad de conquista soberana del aspecto físico.... Al esquema tradicionalista que definía la belleza como regalo intangible de los cielos sucedió el dispositivo de la belleza apropiable, expresión estética del principio moderno de dominio ilimitado del mundo." (1999: 152)

Avui en dia, la salut i el manteniment i millora del cos es presenten com una conquesta individual, expressió de prudència, d'autodisciplina, d'un treball meticulós i quotidià sobre el propi cos, i es demostra també a través de la compra de productes i serveis ideats per a aquesta finalitat (Featherstone, 1991; Petersen, 2007). En aquest context, el "problema de l'obesitat" esdevé un important argument de venda de serveis o d'articles de consum, que permetran al consumidor perdre pes i guanyar salut, bellesa i reconeixement social. Darrera la grassor s'estructura un immens mercat que presenta contínuament productes nous i, suposadament, millors (cosa que no sempre és certa) i s'ha de convèncer al consumidor no només que són nous, sinó que la "novetat" és en si mateixa una qualitat desitjable (Qualter, 1994). Aquests nous productes prometen

fer tot allò que feien els anteriors però de manera més ràpida i més senzilla i amb uns millors resultats (Bauman, 2007b). Alemany ironitza: “No serán los procedimientos tan efectivos ni sencillos cuando hay tanta grasa suelta en nuestra sociedad” (1996: 50).

Proliferen els productes o mètodes amb suposades propietats aprimadores (diètes proteinades, cremes reductores, productes per disminuir l'absorció de greixos o afavorir la seva eliminació, productes per augmentar la despesa energètica, *quemagrasas*, diürètics, laxants, saciants o inhibidors de l'apetit...¹²⁴). No cal dir que moltes d'aquestes substàncies d'origen divers que es troben al mercat, de dubtosa efectivitat sobretot a mig i llarg termini, no es sustenten sobre cap base científica. Es poden adquirir en farmàcies, parafarmàcies, herboristeries, centres d'estètica i superfícies comercials, així com per correu postal a través d'Internet. Proliferen també les activitats per mantenir-se en forma i cremar calories (*fitness, bodybuilding, footing, spinning...*), i els tractaments mèdics i estètics oferts per proveïdors sanitaris privats, orientats a baixar de pes o eliminar greixos i remodelar el contorn corporal (implantació de baló intragàstric, abdominoplàstia, liposucció, lipoescultura, presoteràpia, carboxiteràpia, termosudación, mesoteràpia, cavitación, criolipolisis, hidrolipoclàsia, liposònix, massatges, entre molts d'altres¹²⁵).

Els professionals entrevistats estan d'acord que s'ha incrementat exageradament el nombre de productes o serveis orientats a facilitar la pèrdua de pes i millorar l'aspecte del cos. Les farmacèutiques expliquen que:

“Sí, molt, molt, molt, és que de cases de productes... o sigui pues nosaltres seleccionem, aquesta la comprem aquesta no la comprem, perquè després cada casa té... bueno, ni se sabe, cinquanta productes o cent, és impossible, i llavors jo pues selecciono una casa que veig més seriosa o dos i ja està, perquè és que sinó hauries de tenir aquí una cosa horrorosa. La línea aquesta de la dieta proteinada, el Siken-form, s'ha posat ara molt de moda. La gent pregunta bastant...” Afegeix que les seves clientes li expliquen que també acudeixen: “A

¹²⁴ Només cal buscar a Internet: “Productos para bajar peso”, per observar la interminable llista de productes ideats per a aquest objectiu.

¹²⁵ Aquestes tècniques tenen com a objectiu eliminar adipositats localitzades i modelar el contorn corporal. Es poden utilitzar com a complement del tractament dietètic de l'obesitat o com a tractament de remodelació posterior a la cirurgia bariàtrica.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

les esteticians, moltíssim... senyores, sí molt.... que si hi ha màquines per a no sé què i per a no sé quantos, per a la cel·lulitis, per aprimar, reductores... molt.”
(Farmacèutica 1)

“Sí, sí, sí... moltes coses que surten de qualsevol lloc, de la planta de no sé què... que funciona per a no sé quantos... sí, sí, de productes molts, molts, molts... van variant... jo que sé, ara posen cafeïna a molts anticel·lulítics perquè han vist que, bueno, funciona bé, vale però.... Les dietes hiperproteiques aquestes que s'han posat ara de moda... nosaltres aquí tenim de la casa Siken, i hi ha una cosa que es diu Pronokal... este és només exclusivament de metges.... Suposo que el laboratori li proposa i després ho fan.” (Farmacèutica 2)

En relació als productes que consumeixen els clients que acudeixen al gimnàs un dels preparadors físics comenta:

“Estoy al tanto de gente que consume... sobretodo de sustancias que se emplean mucho, quemagrasas, la L-carnitina.... Es un tema muy presente en los gimnasios, en muchos gimnasios se centran en venderlo, porque es un nivel... es un extra de dinero que muchos gimnasios se llevan...” (Preparador físic 3)

També el cirurgià plàstic ens parla de varietat o innovacions en els tractaments estètics destinats a reduir acumulacions de greix corporal:

“Mira, por ejemplo, con el tema de las liposucciones ahora han salido mil variantes, la liposucción como tal ya no vende, ahora hay que decir lipoescultura ¿Por qué? Porque la liposucción es normal, ya todo el mundo lo hace. ¡No, no! ¡Yo me he hecho una lipoescultura! Que es más sofisticado ¿No? Que es lo mismo, sin más, pero envuelta con un papel diferente. Y ahora el tema de las vacuoterapias, de la liposucción en frío... todo es una liposucción.”
(Cirugià Plàstic)

Tots coincideixen en assenyalar als mitjans de comunicació, especialment Internet i televisió, com els principals difusors d'aquests productes i serveis i, també, el boca-orella:

“Ara la gent amb l'Internet és bestial, ho consulten tot, ho miren tot, o surt un medicament a la tele per aprimar i enseguida el busquen... tot lo que surt a la tele és mano de Dios, o una amiga que ha pres això i tal... La gent va perduda, veuen això, allò, i es pensen que allò és un miracle i no ho és. (Farmacèutica 1)

“Lo que pueden haber oído de otros usuarios o en los medios, en páginas web, todo el mundo busca información, con esto de Internet... lo que ven, pues eso creen que funciona. Sí, hay gente que se fía mucho de lo que leen en Internet... y algunos deciden por su cuenta tomar algún tipo de sustancia de estas.” (Preparador físic 2)

“Es un poco de todo. Yo creo que es porque ya se está oyendo por todos sitios, en radio, televisión, en las revistas, Internet. El tema de la cirugía plástica o cirugía estética es una cosa habitual, entonces hay tanta información que hay desinformación y ya se toma como una banalidad....” (Cirurgià plàstic)

La publicitat constant en els mitjans dels diferents productes i serveis, construïda per fer arribar el missatge de la manera més atractiva possible als potencials consumidors, contribueix a reforçar les expectatives d'allò que es pot aconseguir, a vegades més enllà del que és acceptable. Els fabricants apel·len sovint al discurs biomèdic i a la terminologia científica, el significat de la qual no comprenen moltes persones, amb la finalitat de dotar de més credibilitat el producte anunciat i, alhora que insisteixen en les propietats i beneficis que aquest aporta, sovint no deixen de recordar que el seu consum és font de salut i felicitat. Bauman (2006) apunta que, per norma, les persones tendeixen a parar més atenció a aquells missatges que més anhelen sentir. Llavors els missatges, en aquest cas aquells que prometen mitigar la preocupació o l'angoixa en relació al pes i el contorn del cos, acostumen a ser rebuts amb gratitud i a gaudir d'un crèdit quasi incondicional. Com suggereix Giddens (1995), cal tenir present, però, que els individus interpreten la informació disponible des del seu propi punt de vista. Així, els missatges poden ser reinterpretats per part dels destinataris, amb diferents criteris i recursos culturals, per fer-los coherents amb els propis constructes en relació a obesitat, estètica i salut i compatibles amb les pròpies circumstàncies. Tot plegat crea una certa confusió o un cert descontrol, generant en els consumidors una sèrie

d'equívocs en relació a les alternatives que es van creant i disseminant.

Tots aquests professionals s'han mostrat bastant o molt crítics amb l'actual comercialització del pes i l'estètica i la dimensió que ha adquirit aquest mercat i, malgrat que molts se'n beneficien, reconeixent que molts tractaments són poc o gens efectius i que darrera d'aquest maremàgnun de productes i serveis existeix un interès econòmic i un cert engany.

"L'obesitat com a negoci és un gran tema, entre els productes i la cirurgia és un gran tema." (Farmacèutica 3)

Tanmateix, les farmacèutiques, per exemple, dispensen molts d'aquests productes, i d'acord amb el discurs biomèdic, opinen que les persones estan poc disposades a esforçar-se, no tenen voluntat per seguir una dieta i demanen productes per aprimar-se, busquen la solució fàcil i còmode, cosa que, al meu parer, sembla voler justificar la venda d'aquests productes o serveis.

"Pues tu ho dius: -Escolta, mira, pensa que això, a veure, no és un producte miracle... vale, pots prendre una cosa que et faci una mica de diürètic o de cremar grasses o el que vulguis, però has de fer una mica de dieta-. Es pensen que comprant una caixeta del que sigui ja s'aprimaran i no és això.... La gent no té constància i, claro, la tendència natural, si menges malament... ja tornes a estar com sempre, l'augment de pes. (Farmacèutica 1)

I amb el comentari següent intenta donar compte de per què ven els productes:

"Però, et ve aquí una senyora amb un rotllet així (assenyala al voltant de la cintura) i et diu: - Què la crema Somatoline?- I què li dius? Jo és que em fa cosa... no saps què dir, perquè et sap greu treure-li la il·lusió, però veus que allò a aquella senyora no li farà res en absolut! Afegeix: "Hi ha molta venda, sí, sí... algo has de tenir, algo has de vendre, perquè si no ho vens t'ho vendrà el del costat, perquè avui en dia està així, ja ho saps, o se'n van als hipers aquests grans, que ja hi ha de tot, hi ha una parafarmàcia i tu entres allà i fijo que surts amb quatre o cinc productes. O la gent que va al NaturHouse... està així (amb

les mans fa senyal que aquests establiments estan plens a vessar), però una cosa! I el NaturHouse simplement és que no pagues la visita però que surts ple de productes... (Farmacèutica 1)

El cirurgià plàstic també ha destacat la recerca per part dels clients de solucions ràpides i còmodes, cosa que, segons se'n desprèn dels seus comentaris, sembla no derivar en el seu cas (presumiblement en altres casos sí) en un augment de cirurgies destinades a eliminar el greix acumulat en algunes zones del cos:

“Se busca la comodidad, la inmediatez, la rapidez. En vez de hacer una dieta o un tratamiento no agresivo, lo primero que piensa el paciente es me hago una liposucción, y ya está. Entonces, claro, muchas veces la liposucción no es la solución. Lo ideal es primero un tratamiento médico, o cambio de vida, cambio de rutina y luego la liposucción al final, si es necesario, pero no de primera opción. Nuestra labor es de remodelación... quitar el posible exceso de grasa, pero siempre al final del proceso. Esto la gente tampoco lo tiene muy claro, vienen, ya te digo, a hacerse una liposucción como si fuera lo más sencillo ¡No! Es una cirugía, tiene sus riesgos y tiene sus indicaciones.”(Cirurgià plàstic)

Aquest professional ha estat el més crític respecte a l'actual oferta de productes o tractaments que es comercialitzen per reduir pes i modelar el contorn corporal. Explica que un percentatge important dels pacients que arriben a la seva consulta:

“Ya han hecho tratamientos cosméticos anteriores, pues lo típico, las infiltraciones, los masajes, los drenajes, cremas, dietas milagro ¡Bueno! Realmente... todo esto no funciona. No es muy... conveniente decirlo, pero yo, vamos, pienso que hay mucho comercio con esto... mucha falsedad... el hecho de ofrecer milagros, que no son milagros ¡Qué va! ¡Son mentiras! Es falso, todos los tratamientos que no suponen un esfuerzo, la cirugía sin cirugía... no existe... Es todo mercado. Estoy totalmente en contra.” (Cirurgià plàstic)

Critica el *photoshop*, el “abans i el després”, la publicitat a vegades enganyosa i l'intrusisme professional que existeix en la seva especialitat quirúrgica:

“Y los antes y después... están todos retocados, el tema de la fotografía ya es... hoy en día cuando vas a cualquier congreso tienes que ir con la fotografía y el notario diciendo que esta foto es verdad... porque, claro, ahora con el photoshop puedes hacer... virguerías y... A mí me sabe fatal.” Explica també que: “En nuestra profesión hay mucho intrusismo, esto es importante. Formados como cirujanos plásticos no somos todos los que estamos haciendo cirugía estética. Entonces, claro... en este mundo hay mucho pirata, les falta solamente el parche en el ojo, y hacen de todo, y no hacen... las cosas como es debido, entonces... es negocio, están por el negocio, y es la gente que salpica un poco ¿no? Cuando... realmente cuando salen los problemas médicos en la tele, pacientes que ha habido un problema serio y demás... siempre hay algo detrás que no está bien, o el profesional no era tal, no lo estaban haciendo donde debían hacerlo, ni con las medidas adecuadas de seguridad... ¿Y el tema de la publicidad? Normalmente tenemos un protocolo o un convenio... En teoría las visitas gratuitas no se pueden anunciar como tal, y se anuncian ¿no? El ofrecer cosas que no son... es un mundo que legalmente... ¡no hay un freno!...esto da lugar a todas estas falsedades y... y los problemas que luego conllevan. Yo creo que el por qué de todo este movimiento de publicidad y demás, yo creo que es meramente comercial. Mira yo he estado trabajando un tiempo en una empresa que se dedica a la cirugía, que todo el mundo conoce, y es meramente comercio.” (Cirugía plàstic)

No es pot negar que l'obesitat ha esdevingut un negoci, basat en les preocupacions generades en la població per un “problema” sanitari-estètic plantejat, sota el meu punt de vista i com he anat argumentant al llarg del text, de manera equivocada. Aquest negoci s'alimenta de la insatisfacció i del sentiment d'incompetència que produeix en moltes persones el fet de tenir un cos no normatiu i de la dificultat que suposa aconseguir una disminució del pes, creant la necessitat (o l'obligació), presentada com a oportunitat, de buscar solucions individuals al seu problema de pes, és a dir, provocant la decisió de comprar o invertir en la transformació del seu cos. Però sovint les perspectives generades s'incompleixen i baixar de pes no és tan fàcil ni ràpid com prometen molts dels productes o serveis que ofereix el mercat. És

precisament l'incompliment quasi sistemàtic de les promeses i les expectatives no satisfetes el que impulsa a nous consums, a la recerca de nous productes que potser, finalment, permetran assolir l'objectiu. La diversificació de l'oferta i les constants innovacions que presenta el mercat ens remetent a la noció de vida líquida de què ens parla Bauman (2006, 2007b), de renovació i substitució contínua de productes per raó de la seva obsolescència. Diu: "El consumismo es, por este motivo, una economía de engaño, exceso y desperdicio. Pero el engaño, el exceso y el desperdicio no son síntomas de su mal funcionamiento, sino garantía de su salud" (2006: 111). En aquest context de fluïdesa i de disposició per al canvi, la plasticitat, la reinvençió constant d'un mateix o transformació del cos no normatiu, a través del consum dels diferents productes o serveis, es presenta sovint com l'única resposta adequada o possible per seguir avançant. Molts professionals són conscients de la desmesura d'aquest mercat i de la baixa o nul·la efectivitat de moltes de les solucions que s'ofereixen, cosa que amb freqüència condueix a plantejar solucions més dràstiques com sotmetre's a la cirurgia, no sempre necessària ni efectiva. Malgrat això, el debat social en torn d'aquest tema, a jutjar per tot el que ens envolta, és molt escàs i el negoci de l'obesitat segueix endavant. Cal tenir present, així mateix, que un mercat que deixa lliurada l'elecció del consum d'aquests productes o serveis en gran mesura a criteri del "client", trasllada la responsabilitat d'aquest consum també al client.

Finalment, l'anàlisi de les pàgines web de diferents centre mèdics privats ens ajudarà a apreciar la magnitud d'aquest mercat i observar com es concreten i s'entrecreen en ell els valors a què hem fet referència al llarg d'aquest text, com salut, bellesa, individualisme, responsabilitat individual o hedonisme, esdevenint un excel·lent exponent del sentir general de la societat en què s'insereix aquest mercat.

6.1. Centres mèdics privats: ofertes i arguments

En un context com el nostre, de gran preocupació per l'estètica i la salut, la problematització del sobrepès i l'obesitat ha afavorit que un nombre indeterminat de clíniques o centres privats hagin incorporat en la seva cartera de serveis teràpies

encaminades a la seva correcció¹²⁶. Amb la finalitat de conèixer quines són les diferents solucions que proposen aquests centres i quins són els arguments que utilitzen per tal d'orientar als potencials clients o crear en ells la necessitat d'actuar sobre el pes i el contorn del cos, s'ha analitzat el contingut de les pàgines web¹²⁷ d'alguns d'aquests centres.

Les pàgines web dels centres mèdics privats suposen un instrument privilegiat per donar a conèixer el seus serveis i dirigir les demandes dels potencials clients. En totes les pàgines consultades hi trobem una descripció física del centre, un telèfon de contacte, l'adreça i un mapa de situació, i formularis per sol·licitar informació o visita, entre d'altres informacions. L'usuari pot assabentar-se sobre els especialistes que hi treballen, sobre les diferents opcions terapèutiques que ofereix el centre en relació a la pèrdua de pes i la millora del contorn corporal (tipus i descripció), així com del ventall de raons o motius que, segons proposa el centre, justificarien optar a algun d'aquests tractaments. També s'hi poden consultar preus, promocions, testimonis d'antics pacients, i existeixen enllaços a blogs, facebook i twitter.

Quant a les diferents solucions que s'ofereixen per tractar el sobrepès o l'obesitat, com podem observar a la taula 14, tots els centres contempen la realització de tractament dietètic (principalment dieta proteinada i dieta hipocalòrica) dins els programes mèdics de pèrdua de pes, ja sigui com a única teràpia o com a complement d'altres formes de tractament. L'oferta de tècniques de remodelatge corporal, tant quirúrgiques (liposucció, abdominoplàstia...) com no quirúrgiques (presoteràpia,

¹²⁶ No existeixen dades concretes que permetin determinar el nombre d'institucions privades que ofereixen aquest tipus de tractament. Segons elEconomista.es, en aquest moment existeixen a la província de Barcelona 370 clíniques privades, de les quals 184 es troben a la ciutat de Barcelona. Tanmateix, en aquesta llista no s'inclouen totes les entitats que ofereixen aquests serveis.

Disponible a: empresite.eleconomista.es/Actividad/CLINICAS-PRIVADAS/provincia/BARCELONA
Consultat: 05-09-2015.

¹²⁷ Actualment, la publicitat a Internet té com a principal eina la pàgina web. Gràcies a ella milions de persones tenen un accés fàcil i immediat a una quantitat extensa i diversa d'informació, sense límit de temps, a qualsevol hora, en qualsevol lloc i procedent de qualsevol part del món. Aquestes pàgines permeten a les empreses (o particulars) donar-se a conèixer i captar nous clients. El seu disseny suposa una estratègia que pretén donar visibilitat i presència al contingut, cosa que servirà finalment per atraure més l'atenció dels visitants. Les informacions en la pàgina web poden aparèixer en forma de text i de material audiovisual, i acostumen a disposar d'enllaços (hipervincles o links) per facilitar la navegació entre els continguts. Una característica destacable d'aquest tipus de publicitat és la possibilitat d'interacció entre l'anunciant i el consumidor a través de foros, blogs, facebook...

carboxiteràpia...), està present en quasi totes les pàgines consultades i evidencia la preocupació estètica que hi ha darrera el desig de perdre pes. D'altra banda, veiem que una majoria d'aquests centres privats realitzen cirurgia bariàtrica, cosa que posa de relleu la gran demanda i normalització d'aquests tipus d'intervenció, afavorida per les llargues llistes d'espera que presenta la sanitat pública. Cal recordar que, sí bé les tècniques quirúrgiques han millorat extraordinàriament, aquest tractament no està exempt de risc. A destacar la recomanació del baló intragàstric en la majoria d'aquestes institucions com a solució eficaç per tractar l'excés de pes, que contrasta amb l'opinió poc favorable respecte d'aquest procediment que han mostrat els professionals mèdics entrevistats procedents del sector públic. L'elevat preu d'aquest tractament (entre els 2500 i 6000 euros, segons figura en diferents pàgines web) fa pensar en quelcom més que un interès exclusivament de salut per part dels centres que l'implanten.

Taula 14. Tractaments que ofereixen els diferents centres

Centres	Dieta	Baló intragàstric	Cirurgia bariàtrica	Remodelatge corporal
1	sí	no	no	sí
2	sí	sí	sí	sí
3	sí	sí	no	sí
4	sí	sí	no	sí
5	sí	sí	sí	sí
6	sí	no	sí	sí
7	sí	sí	sí	sí
8	sí	sí	no	sí
9	sí	sí	sí	sí
10	sí	sí	sí	sí
11	sí	no	sí	sí
12	sí	sí	sí	no
13	sí	sí	sí	sí
14	sí	sí	sí	sí
15	sí	sí	sí	sí
16	sí	no	sí	sí
17	sí	no	no	no
Total	17	12	12	15

Com explica Gracia (1995 i 1996), la validació social dels serveis que s'ofereixen prové no sols de les característiques d'allò que s'oferta sinó dels eixos argumentals utilitzats per donar-los a conèixer i crear en els destinataris del missatge la necessitat d'adquirir-los. Així, atès el nombre de contendents que pugnen per aconseguir l'atenció dels potencials clients, l'argumentari de vendes d'aquests centres privats esdevé un element indispensable per presentar les característiques, avantatges i beneficis dels seus serveis de manera convincent i atractiva. La recerca de tractament i el preu que el probable client estigui disposat a pagar pot dependre, en gran mesura, de la credibilitat de la seva l'oferta. Per això els diferents centres posen de relleu l'alta qualificació, experiència o prestigi dels seus professionals, la incorporació en els seus tractaments dels darrers avenços científics, la utilització de la tecnologia més avançada (avui en dia ciència i tecnologia formen un binomi inseparable) i l'eficàcia dels seus tractaments en un intent de dissipar qualsevol dubte o preocupació que puguin sorgir en relació als procediments. Podem dir que els avenços científics i de biotecnologia subministren les bases objectives per fer versemblant la representació del cos com a quelcom absolutament mal-leable. Els centres destaquen també el tracte humà i personalitzat:

“Nos avala una amplia experiencia en número de casos tratados, y en número de intervenciones quirúrgicas en caso de obesidad mórbida con una tasa mínima de complicaciones.... Profesionales altamente cualificados y de reconocido prestigio.... Tratamiento personalizado.” (Centre 7)

“Especialistas de alta cualificación profesional y formación científica... instalaciones equipadas con el instrumental médico y quirúrgico tecnológicamente más avanzado.... Atención personalizada y calidad en el trato humano.” (Centro 15)

“Nuestros tratamientos son pioneros en tecnología, incorporando los últimos avances científicos en nuestra metodología obteniendo unos resultados muy positivos.” (Centre 14)

Remarquen els resultats ràpids i duradors dels tractaments que realitzen, així com l'obtenció d'una millor qualitat de vida i un major benestar.

“Va a conocer un tratamiento revolucionario para adelgazar.... Con este método podrá poner punto y final al sobrepeso para siempre.... Conseguirá el peso deseado de forma saludable, segura y permanente. También mejora considerablemente su calidad de vida, salud y bienestar.” (Centre 17)

Interessa destacar que molts centres aconsellen i subratllen els bons resultats obtinguts amb la implantació del baló intragàstric, com ja he assenyalat considerat poc efectiu des del sector públic, i amb el seguiment de dietes hiperproteiques o proteinades, també desaconsellades pels professionals de la sanitat pública i per les societats científiques com la SEEN o la AEDN (cf.: 4.3 i 6), en considerar-les ineficaces a llarg termini i perilloses per a la salut¹²⁸:

“Pioneros en el tratamiento con balón intragástrico como método más eficaz para combatir la obesidad sin necesidad de cirugía... resultados duraderos para nuestros pacientes, tasa de éxito del 97%.” (Centre 2)

“La eficacia del balón intragástrico ha quedado demostrada a lo largo de sus casi 25 años de existencia y, en la actualidad, está considerado como el tratamiento no invasivo más eficaz y seguro para luchar contra el sobrepeso y la obesidad.” (Centre 12)

“La dieta proteinada se ha convertido en el pilar fundamental de la dietética, tanto por la eficacia que presenta como por una gran capacidad para corregir problemas de metabolismo.” Es continua argumentant que: “Las peculiaridades de este régimen se resumen en: Rapidez, desaparece la sensación de hambre, seguridad, sin efecto rebote, facilidad de uso, satisfacción del usuario, mejora global de la salud...” (Centre 4)

¹²⁸ Una de les pàgines web analitzades fa referència a la posada en marxa en el centre d'un "mètode pionero para adelgazar". Considero interessant assenyalat que la AEDN l'octubre de 2012 va desaconsellar la utilització d'aquest mètode i va instar a les autoritats sanitàries a protegir a la població de les conseqüències negatives de la difusió d'aquest tipus de frau. Ara per ara, el centre continua aconsellant aquests mètode sense que aparentment s'hagi pres cap mesura al respecte. Disponible a: <http://fedn.es/docs/grep/docs/dietaenteralsonda.pdf>
Consultat: 05-09-2015

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Com a forma d'inducció al consum, els resultats obtinguts, o suposades millores físiques, sovint es demostren visualment per mitjà d'una successió de fotografies que mostren " l'abans i el després" de la realització d'algun tractament, acompanyades del testimoni dels pacients, per suposat sempre favorables. Es tracta de donar arguments plausibles, raons per a creure en l'efectivitat de les solucions que s'ofereixen al client. També la utilització d'imatges de cossos perfectes, que esdevenen sinònim de salut i benestar, suggereix que la utilització dels tractaments anunciats farà possible la perfecció corporal. Cal destacar que, tot i que la majoria dels serveis oferts no mostren un biaix de gènere evident, és molt més freqüent la utilització d'imatges de models femenins, cosa que reforça la idea que, com afirmava abans uns dels professionals entrevistats (cf.: 6), les dones estan encara més subjectes a processos de modificació corporal que els homes i són, per tant, les principals consumidores d'aquests serveis.

Figura 9¹²⁹

"Technology-DL-Lipolysis Perfect" ideal para la Reducción de la grasa, el Modelado de la silueta, la Pérdida de peso, la Reafirmación de la piel y la Eliminación de celulitis.

technology DL
LIPOLYSIS Perfect

adelgazamiento & modelado corporal

NOVEDAD
TECNOLOGÍA
EXCLUSIVA

consiga ahora
más resultados
en menos tiempo, en menos sesiones

¹²⁹ En aquesta figura i en les que apareixen a continuació s'ha eliminat el nom del centre a què pertanyen les imatges.

L'argumentació lligada a les diverses propostes per perdre pes i millorar la figura corporal també té la seva força en la capacitat de fer coincidir en aquest discurs tot allò que és conjunturalment significatiu en les societats industrialitzades contemporànies (Gracia, 1996). La referència a elements altament valorats en el nostre context, que ja he anat assenyalant al llarg del text, com salut, bellesa, individualisme, responsabilitat o hedonisme, fa d'aquest discurs una magnífica representació dels valors predominants i una excel·lent mostra per analitzar la societat.

En un entorn de medicalització de la vida i el consum, i d'hiperconsum mèdic com diu Lipovetsky (2007), la qüestió de la salut i del risc, concebuda sobre la base d'allò que fan les persones, està molt present i s'erigeix com un dels criteris més significatius que dirigeixen les pautes de consum, emfatitzant, en aquest cas, els problemes de salut derivats de l'excés de pes, a vegades amb frases alarmants, i justificant i legitimant, d'aquesta manera, la recerca i l'aplicació de tractament.

"La obesidad constituye la segunda causa de muerte prematura y evitable después del tabaco, causando casi un 20% de éstas." (Centre 4)

"La obesidad provoca la aparición de otras enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedades degenerativas osteoarticulares, enfermedades cardiovasculares, alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión), apnea del sueño, trastornos ginecológicos, digestivos, hepáticos, y una mayor probabilidad de cáncer de útero, colon, etc. El sobrepeso es una enfermedad que evoluciona hacia la obesidad." (Centro 9)

"Se calcula que un obeso mórbido, vivirá entre 10 y 15 años menos de los que alcanzaría si no padeciese la enfermedad. La obesidad ya mata más que el tabaco. Hemos de tomar conciencia de la importancia de esta enfermedad, que está aumentando de manera exponencial en los últimos años, alcanzando de lleno a nuestros hijos. Por primera vez, su expectativa de vida es inferior a la de sus padres." (Centre 12)

"La obesidad produce un deterioro progresivo y general del organismo;

básicamente conlleva un envejecimiento acelerado. Afecta a la salud tanto física como emocional, ésta última muchas veces es la que más calidad de vida quita al paciente «no le permite vivir feliz o a gusto consigo mismo». La obesidad actúa como un cáncer, infiltrando de grasa en «cada rincón del organismo» y cambiando incluso la personalidad y emociones de los pacientes. Casi todos los pacientes obesos pierden el control emocional sobre la ingesta.... Los pacientes obesos siempre viven menos (además de tener peor calidad de vida) que los no obesos.” (Centre 13)

És evident que el discurs de la salut-malaltia, o “discurs de la por” en relació a tot allò que pot comportar el fet de ser obès, i que contribueix al *moral pànic*, ocupa un lloc central com a argument de persuasió. En la majoria de pàgines web els factors individuals es contemplen com la principal causa d'obesitat, col·laborant a enfosquir les qüestions de caire social associades a l'aparició d'obesitat. D'acord amb el procés d'individualització social (Beck i Beck-Gernsheim, 2003) i la consegüent retòrica del risc que fa de la malaltia i del fracàs un assumpte personal i de la recerca de la salut un objectiu fonamental i font bàsica d'identitat, es crea en les persones el neguit de prevenir la “possible” aparició d'una obesitat o la necessitat de posar-hi remei si el problema ja existeix, reforçant la idea que la salut, o la recerca de solucions és, finalment, assumpte de cadascú. I, com en altres àrees de la vida, la responsabilitat sobre la salut i el manteniment i millora del cos es demostra a través de la compra de productes i serveis que ofereix el mercat. La conclusió sembla clara: la salut es ven i es compra i és, a més, un valor pel qual el consumidor està disposat, possiblement, a pagar més. Com ja havia advertit Foucault (1994 [1977]), la trobada entre la medicina i l'economia va transformar la salut i el cos en objectes de consum. Cal tenir present, també, que la inclusió del discurs biomèdic com a argument de venda afavoreix la tendència en l'imaginari social a concebre el cos com un objecte sobre el que és lícit, i desitjable, intervenir tècnicament.

En el nostre context, com saben, el discurs de salut i el discurs estètic convergeixen interessadament i es reforcen entre si, de manera que la recerca d'un cos prim i esvelt no és només una qüestió de salut sinó també d'estètica (Gracia, 2002). L'associació d'aquests dos discursos per part del mercat, que ha afavorit la tendència a concebre la

bellesa (primesa) com a condició de salut i la salut com a condició de bellesa, és especialment rellevant en aquests centres, que ofereixen tractaments per a la disminució el pes i per a la millora de l'estètica corporal.

"Tu belleza, tu salud." (Centre 1)

".. logrará mejorar la línea y conseguir el peso ideal, no sólo por una cuestión estética sino también por mejorar la salud." (Centre 3)

"Salud es belleza." (Centre 5)

"Cuando perder peso no es sólo una decisión estética. Cuidamos tu imagen, cuidamos tu salud." (Centre 6)

"La cirugía estética deja de ser un capricho para pasar a ser un valor saludable en el que invertir reporta salud." (Centre 9)

"Cuidamos de su belleza y su salud" (Centro 10)

Figura 10



A la societat de consum l'hedonisme individualista es materialitza en aquestes pràctiques de consum, que, teòricament, permeten aconseguir salut i bellesa i s'identifiquen amb l'obtenció de benestar i amb els plaers immediats. D'acord amb Qualter, aquesta visió obeeix més als desitjos o expectatives de les persones que a la realitat objectiva en què s'insereixen: "En el mundo de ensueño de la publicidad todas las aspiraciones pueden conseguirse, los deseos siempre se convierten en realidad; «después del uso» es siempre mejor que «antes» (1994: 9). Veiem que l'argumentació hedonista apareix de manera més o menys constant en les pàgines web dels centres,

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

vinculada als tractaments per baixar de pes i assolir el cos desitjat, que es presenten com a font d'aquest plaer i d'aquest benestar, i com a promesa de felicitat.

"Para vivir más y mejor." (Centre 2)

"Si te ves bien, te sentirás bien.... Te ayudamos a recuperar tu confianza, seguridad i bienestar." (Centre 9)

"Por tu felicidad. Porque sabemos que tu salud es lo primero para que puedas sentirte bien." (Centre 5)

Aquest discurs s'inscriu en un context cultural i ideològic travessat per un fort sentit individualista i contribueix a ell presentant un univers on tot convergeix cap a la satisfacció de desitjos individuals. Ens mostra individus autònoms que a través del consum dels serveis o productes publicitats donen forma a la seva vida, controlen el seu destí i creen una identitat individual. En les pàgines web el discurs no es dirigeix al grup sinó que segueix una lògica individualista i s'adreça al subjecte particular, utilitzant amb molta freqüència la segona persona del singular, «tu», cosa que posa de relleu una actitud ideològica que conceptualitza al subjecte com un ésser aïllat a la recerca d'experiències i satisfaccions individuals (Antonio Pineda, 2008). Les pàgines destaquen repetidament l'atenció individualitzada o personalitzada perquè cada consumidor se senti com a algú especial.

"Tu salud, tu deseo de sentirte bien contigo mismo es el centro de nuestra atención personalizada. Por eso ponemos en tus manos una nueva idea de estética personal." (Centre 1)

"Seguimiento personalizado. Nuestro programa se adapta a las necesidades y circunstancias del paciente." (Centre 2)

"... te ofrecemos tratamientos integrales pensados para ti, tu salud y tu bienestar." (Centre 9)

"Tu nos importas." (Centre 11)

"El programa... es personalizado para cada persona, porque cada persona es única." (Centre 17)

Figura 11

Nuevo Plan *OB*zero

Consigue un **Cuerpo 10** recuperando tu **figura** de forma **saludable, fácil, rápida y eficaz.**

- **5 KILOS MENOS** en sólo 30 días
- Pierde peso **SIN PASAR HAMBRE**
- **DIETA personalizada** hipocalórica, proteinada hecha A TU MEDIDA
- CAMBIA tus **HÁBITOS ALIMENTICIOS** para siempre
- ¡Di adiós a las zonas imposibles! y **MOLDEA TU SILUETA**
- Asesoramiento y **SEGUIMIENTO MÉDICO Y NUTRICIONISTA**

Comenzar el Plan

AHORA 2 REVISIONES GRATUITAS
Valoradas en 60 €

Saludable porque reeducamos tus hábitos de alimentación
Fácil porque la dieta se adapta a tu forma de vida
Rápida porque pronto notarás los resultados
Eficaz porque un equipo especializado en control de peso estudia tu historial alimenticio de forma exhaustiva.

Test Nutricional de Intolerancia Alimenticia para ver que productos te producen disfunciones y así retirarlos de tu dieta.
Análisis Genético de Obesidad para atacar el problema de forma personalizada según tu metabolismo.

zero **grasa,**
zero **obesidad**

Però, paradoxalment, mentre que la societat s'esforça en accentuar l'ideal individualista, major és l'exigència de conformitat amb el model corporal estàndard. En aquesta oferta de tractaments específics o personalitzats per a consumidors individuals el cos, al igual que altres mercaderies, és un cos seriat, produït industrialment, gràcies a l'inestimable contribució de la cosmètica, de la medicina i dels avenços tecnològics, fruit d'un poder normalitzador que genera homogeneïtats i que fa que moltes persones acabin sent sorprenentment semblants. Quan un observa les imatges de cossos que apareixen en les pàgines web dels diferents centres té la sensació d'estar veient sempre, o quasi sempre, la mateixa persona.

Per acabar, vull apuntar que en les pàgines web dels centres es poden consultar els preus (alguns només a la clínica), les promocions i la possibilitat de finançament a terminis, que convida a plantejar la possibilitat d'actuar sobre el cos a aquelles

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

persones que no poden assumir el cost de tractament. Molts centres ofereixen una primera visita gratuïta.

"Comienza tu tratamiento ahora. Financiación a medida sin intereses. Te lo ponemos muy fácil. Aplicable a cualquier tratamiento... hasta 5 años. Aprovecha nuestras promociones. Descuentos exclusivos para fans." (Centre 1)

"Ahora se puede beneficiar de la promoción en Cirugía de la Obesidad. Descargue el cupón, solicite consulta con nuestros especialistas en el teléfono... 10% de descuento en Cirugía Plástica." (Centro 6)

"Financiación de operación de obesidad. Financiamos su operación sin intereses hasta 12 meses... hasta 5 años (TAE 12%)." (Centre 13)

"Oferta especial para resolver tus problemas de peso: una cirugía mayor de la obesidad mórbida, mediante reducción de estómago, por un precio descuento de...." (Centro 16)

Aquest finançament dels tractaments posa de manifest la important mercantilització de la salut i l'estètica corporal i, també, una certa democratització dels serveis privats, que busquen aconseguir clients, i del dret a rectificar l'aparença del cos, que ha abandonat el seu caràcter exclusivament elitista i la seva consideració com a consum "distintiu", i s'ha estès a totes les capes socials, cosa que no significa que les possibilitats d'accés siguin exactament iguals. Hem vist que algunes persones obeses han fet referència als pressupostos domèstics com a determinants de les oportunitats per accedir als tractaments (cf.: 4.4).

Figura 12



Cirugía de la Obesidad Mórbida (Cirugía Bariátrica)
Elimina tus problemas de obesidad con un procedimiento quirúrgico probado, a un precio imbatible

♥ Con nosotros	Precio tratamiento
-19%	18.000€
HASTA 9 DE NOVIEMBRE	14.550€

Figura 13



Cirugía de la obesidad
Cirugía laparoscópica bariátrica
Cuando perder peso no es sólo una decisión estética

Primera visita gratuita

Innovación tecnológica al servicio de la cirugía de la obesidad

Seguimiento endocrino y nutrición gratuito los primeros 3 meses

CUPÓN PROMOCIONAL DE CAMPAÑA ONLINE

Nombre _____
Apellidos _____
Dirección _____
CP _____ Localidad _____ Provincia _____
Tel. _____ Email _____
Cómo nos has conocido _____

Pide cita en el
Al llamar, avisa de tu participación en esta campaña online

Si bé, com he assenyalat en la primera part d'aquest treball, la preocupació pel cos ha estat sempre present, és cert que la centralitat de què gaudeix actualment en la societat de consum constitueix un dels fenòmens més importants del nostre temps, i ha generat una pròspera indústria basada en l'imperatiu categòric de la primesa i

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

l'esveltesa, és a dir, d'allò que s'entén avui en dia com a perfecció corporal i, també, com una actitud de correcció moral, de control del propi cos en interès de l'ordre social. Aquesta indústria, basada en els avenços biomèdics i tecnològics, ha creat en els consumidors la il·lusió de poder i control sobre el pes i l'aparença del cos. Però les solucions que ofereix el mercat poques vegades contempen la solució definitiva o la satisfacció perfecta que exclou la necessitat de noves millores, cosa que fa que moltes persones es facin dependents d'aquests tractaments. La recerca d'aquesta primesa i esveltesa, i la dificultat que moltes vegades comporta, esdevé per al mercat una font inesgotable de guanys. No oblidem que al capitalisme de consum allò que li interessa és vendre:

“Regala experiencias. Te ofrecemos la posibilidad de hacer un regalo realmente original: regala salud, bienestar y belleza. Es muy fácil, elige un tratamiento y clicas sobre “comprar”... en un momento tendrás en casa tu tarjetón de regalo. ¡Así de fácil!” (Centro 8)

La veritat és que superar el condicionament sociocultural rebut no és gens fàcil. Fins i tot aquelles persones que manifesten (o manifestem) no estar preocupades pel seu pes o no sentir-se seduïdes per les propostes de millora corporal que ofereix el mercat estan influïdes per elles d'alguna manera sense ser-ne totalment conscients. Vivim en una societat de consumidors i resistir-se a ser consumidor és una opció possible però difícil, i quan algú opta per viure renunciant a diluir-se en aquesta conducta majoritària se'l sol titllar com a mínim de rar. Featherstone escriu: “Els individus poden, sens dubte, escollir ignorar o negligir la seva aparença i refusar de cultivar el *performing self*, però si ho fan han d'estar preparats per enfrontar-se a les implicacions d'aquesta tria en els encontres socials” (1991: 192)¹³⁰. El desig o “necessitat” de modelar o reconstruir el cos posa de manifest, a jutjar pel nombre de cirurgies, tractaments i centres especialitzats, una notòria tendència en l'imaginari social a percebre'l com un objecte sobre el que és lícit intervenir tècnicament, afavorit per la representació del cos com una “possessió” del *self* modificable a voluntat i per la mirada objectivant de la ciència mèdica, encara dominant, que el concep com un mecanisme susceptible de ser reparat. L'imperatiu social de model corporal ideal fa que moltes persones se

¹³⁰ La traducció és de l'autora.

sentin insatisfetes o rebutjades i busquin la satisfacció, amb freqüència tant immediata com efímera, a través del consum dels diversos tractaments que proposa el mercat per aconseguir aquest mandat cultural, sense plantejar-se si aquesta és la veritable font de satisfacció i felicitat, i esdevenint dependents d'aquella "màscara" irreal o fictícia de què ens parla Goffman, que els impedeix ser acceptats i valorats com a allò que realment són. En aquest context, que proposa un ideal de cos molt específic, la persona obesa, com hem vist, ho té força difícil.

"Finalment, l'obesitat i el sobrepès també forgen una identitat, i fins i tot quan, d'una vegada per totes, m'hagi desempallegat de l'obesitat, em pregunto si serà possible expulsar l'obesa que hi ha en mi."

(Chahinian, Nanée, 2014: 242)¹³¹

¹³¹ La traducció és de l'autora.

EPÍLEG

Al llarg d'aquest estudi s'ha intentat aprofundir en la comprensió de les raons per les quals l'obesitat ha esdevingut un problema des del punt de vista sanitari, social i econòmic-polític a les societats industrialitzades contemporànies. Com s'havia suggerit, el procés d'investigació ha permès constatar que, efectivament, en l'actual concepció de la grassor com a problemàtica s'entrecreuen els processos d'individualització, medicalització i mercantilització vigents a la nostra societat. Aquests processos han contribuït, sens dubte, a crear una visió negativa de l'obesitat i de la persona obesa, afavorint la preocupació pel pes i la pràctica d'un comportament consumista que busca assolir l'ideal de salut i bellesa corporal, plasmat en la primesa i l'esveltesa.

L'etnografia mèdica, complementada amb la lectura de la literatura biomèdica i l'anàlisi documental, ha posat de relleu una visió reduccionista del fenomen de l'obesitat. Com hem vist, des de la biomedicina s'han establert uns criteris de normalitat de pes d'acord a uns paràmetres molt concrets i en conformitat a un marc científic que prioritza allò que és quantificable. L'aplicació sistemàtica i acrítica d'aquests paràmetres transforma les diferències en patologies i disminueix la tolerància a la diversitat. En aquest sentit, he assenyalat el caràcter imperfecte dels índexs numèrics per definir el sobrepès i l'obesitat, donada la diversitat de la forma corporal, i entenent que l'actitud front a la persona amb excés de pes no es pot resumir a la mesura i gestió d'aquests índexs. Aquesta idea de normalitat esdevé, també, un criteri d'avaluació moral i compleix una funció de normativització de les conductes. Plantejo, per tant, la necessitat de repensar o relativitzar una "normalitat" que dista molt de ser quelcom universal i determinat.

Hem vist que la visió biomèdica prioritza la dimensió biològica de l'obesitat, independent de tot procés històric, social i cultural de producció i definició, i allunyada del significat o l'experiència subjectiva de les persones, cosa que suposa una limitació per a la comprensió d'aquesta entitat. D'una banda, les narratives de les persones

grasses han mostrat que les representacions i experiències dels individus quant a considerar la seva grassor com a malaltia varien segons les persones, fet que posa de relleu que la dimensió objectiva percebuda pel professional i la dimensió subjectiva individual poden entrar en contradicció. D'altra banda, la causalitat i la resolució del problema, tant a nivell terapèutic com preventiu, s'han concretat a nivell individual, minimitzant o enfosquin la concurrència de processos socials i polítics que determinen les condicions de vida o, en el millor dels casos, subordinant-los al procés biològic. En aquest sentit, les polítiques de salut pública reforcen la responsabilitat individual, pressuposant que això seria suficient per canviar les pràctiques individuals i solucionar el problema. També una majoria de professionals (sempre hi ha excepcions) han considerat a la persona obesa responsable en gran mesura de la seva grassor i amb dificultats per seguir unes pautes que permetin controlar l'excés ponderal, deixant entreveure que el fracàs del tractament respon a una manca de conscienciació o voluntat. Aquest imperatiu d'autocontrol, de fer-se responsable de sí mateix, que caracteritza l'individualisme institucionalitzat definit per Beck i Beck-Gernsheim (2003), ens remet també a Foucault (1981, 1990a), a la interconnexió entre les tecnologies del jo i les tecnologies de dominació, és a dir, a un govern neoliberal que es recolza en la interiorització de les normes i en les pràctiques que duen a terme els individus per fer de sí mateixos subjectes de conducta moral, garantint, així, l'ordre social. Aquest èmfasi en l'autodisciplina pot conduir, alhora, a l'estigmatització de les persones grasses, en considerar que el seu pes elevat es degut a una manca de responsabilitat. Es fa necessari, doncs, articular altres formes d'abordar el problema que tinguin en compte la seva multidimensionalitat, que incorporin de manera més complexa les variables culturals i contextuais, la visió subjectiva de la malaltia i les relacions socials.

Quant a la relació professional-pacient, continua predominant un model de comunicació vertical i unidireccional, que dificulta el diàleg i la comprensió entre els actors en interacció. Aquesta dificultat de diàleg s'ha fet palesa en les narratives dels professionals i de les persones amb excés de pes i ha posat de relleu el *décalage* entre les visions dels uns i dels altres. Com assenyalen autors com Menéndez (2000) o Martínez-Hernández (2008), cal establir una relació dialògica, bidireccional i simètrica que permeti a la persona obesa expressar les seves dificultats, les seves preocupacions

o les seves pors i possibiliti la seva participació en la presa d'unes decisions que l'afecten en primera persona.

Cal destacar, però, que en general les persones obeses no han qüestionat l'actuació mèdica i assumeixen el control mèdic en tant que norma socialment acceptada. En un entorn que els resulta hostil, l'actitud paternalista del professional que "els guia en la bona direcció" es rebuda sovint com a positiva. Molts han provat tantes maneres d'aprimar i han acumulat tants fracassos que estan desesperats, dubten de la pròpia capacitat per afrontar alguna possible solució i, malgrat les dificultats que comporta el tractament i "l'haver de passar comptes", necessiten algú que els digui què han de fer. Com ells mateixos han argumentat, això els ajuda a continuar.

La rellevància del cos en la interacció social i *l'embodiment* de la grassor, com a experiència que interconnecta la pròpia vivència amb el món social (Csordas, 1994), han quedat reflectits en les narratives de les persones amb sobrepès o obesitat. Hem pogut constatar com una majoria han incorporat la visió negativa de l'obesitat, hem copsat la seva preocupació pel pes, la vergonya, la inseguretat, la ràbia o la impotència, en definitiva, hem vist com l'atribut "gras" o "obès" sovint resta valor a la persona i esdevé una porta d'accés a l'estigmatització i al tracte discriminatori. Alguns han incorporat la culpa derivada del sentiment d'haver actuat malament i consideren legítimes les avaluacions negatives de què són objecte. Altres hi estan en desacord i fan referència a la concurrència de factors de l'entorn en la causalitat de la seva obesitat. Només una minoria han manifestat no estar acomplexats ni sentir-se discriminats. Com hem vist, el prestigi de la grassor ha ocupat poc espai al llarg de la història, la seva actual definició com a patològica i els estudis recents que addueixen causes genètiques no han millorat la visió de les persones obeses. El *pecat de la gola* continua ben present.

En relació al gènere i a la qüestió de l'aparença física, com s'havia mostrat en anteriors estudis (Saint Pol, 2010; Gracia *et al.*, 2012), l'anàlisi ha confirmat que, malgrat que la visió negativa del cos gras afecta a dones i homes, són elles qui pateixen de manera més accentuada la grassor. Són elles qui s'han sentit més rebutjades, són elles qui consumeixen més productes per disminuir de pes o modelar el cos i són elles qui s'han

sotmès més sovint a intervencions estètiques per millorar l'aspecte físic. També les pàgines web dels centres analitzats mostren amb molta més freqüència imatges de cossos femenins. Si bé les entrevistes confirmen que la preocupació dels homes respecte de l'aparença del cos està augmentant, sembla que l'exigència estètica continua sent més forta per a les dones. D'altra banda, els homes s'inclinen cap a activitats més encaminades a potenciar la musculatura i la força física que la primesa, cosa que confirmaria el manteniment de l'estereotip de força i poder associat a la masculinitat assenyalat per autors com Bordo (1993), Striegel-Moore i Franko (2002), Esteban (2004), Saint Pol (2010) o Casadó (2011), entre d'altres.

Sobta que, malgrat la discriminació que una majoria d'aquestes persones han patit degut al seu aspecte físic, quasi tots han assenyalat que la salut és l'únic motiu que els ha portat a sotmetre's a tractament mèdic. Només tres dones, d'edats diferents, han declarat que el motiu és també estètic. M'inclino a pensar que la mateixa inseguretat derivada del fet de tenir un cos socialment infravalorat o estigmatitzat els impedeix reconèixer obertament que els preocupa l'aspecte corporal. Verbalitzar-ho incrementa, potser, el sentiment de vergonya o d'inferioritat.

Entre aquestes persones no s'han observat actituds de resistència, tampoc era intenció d'aquesta investigació analitzar-ho. Són persones que segueixen tractament mèdic i desitgen aprimar-se, que volen reduir el seu pes per aconseguir un cos sa i socialment acceptable. Només s'han observat intents tímids de reafirmar la pròpia imatge, sobretot front a situacions en què s'han sentit discriminats, malgrat que la majoria no estan orgullosos del seu cos. Tots han manifestat que no entenen per què l'aspecte físic és tan important i han mostrat disconformitat amb la visió que la societat té de la grassor i de les persones grasses.

Tampoc ha estat objecte d'aquest treball esbrinar la repercussió que la grassor pot tenir en la mobilitat social. Ara bé, coneixent la preeminència de l'aparença del cos en el nostre context i la discriminació que sovint acompanya l'obesitat, tot sembla indicar que un pes corporal elevat suposaria un obstacle per a una mobilitat social ascendent. Hem vist que la grassor pot dificultar la promoció professional i, fins i tot, l'accés al mercat laboral. També l'accés a una dieta saludable i a certs tractaments mèdics

poden estar supeditats als recursos econòmics de què disposa la persona, cosa que afavoriria la grassor i disminuiria les expectatives d'èxit social en individus amb un baix poder adquisitiu. Entenc que aquests són aspectes en què caldrà aprofundir en futures indagacions.

En un context de capitalisme de consum, l'atenció que la comunitat mèdico-científica ha mostrat pel tema de l'obesitat, la dificultat que suposa el seu tractament i el desprestigi que pateixen les persones grasses han suposat, sens dubte, un medi de cultiu idoni per al creixement d'un negoci basat en la lluita contra el greix corporal. El mercat, fent coincidir en l'ideal de primesa i esveltesa elements de gran significació social, ha contribuït juntament amb la biomedicina a fer del cos una entitat objectivable i subjecta a transformació. D'una banda, els avenços tecnològics i biomèdics han afermat la idea de mal·leabilitat i la visió mecanicista del cos com quelcom susceptible de ser reparat o modificat i, d'una altra, l'èmfasi en el cos com a part d'un projecte personal i referent d'identitat, han creat en moltes persones la necessitat d'actuar sobre el propi cos. Això ens acosta al *self* corporalitzat de Giddens (1995) o a la identitat somàtica o bioidentitat d'Ortega (2010), on la identitat ve marcada en gran manera per l'aparença del cos, i on assolir l'ideal corporal és reflex d'un individu responsable que té cura de si mateix, que orienta el seu estil de vida cap a la salut i el cos perfecte. En aquest sentit, és significativa la incorporació de la por a engreixar per part de persones que no estant grasses se senten empeses a fer dieta o a sotmetre's a altres tractaments per controlar el pes i la forma corporal.

D'altra banda, les opinions dels professionals que pertanyen a col·lectius relacionats amb la promoció d'hàbits saludables i/o amb l'estètica del cos, així com la proliferació de centres privats que ofereixen productes i serveis per reduir el greix i modelar la figura del cos, han posat de manifest l'amplitud d'aquest mercat, cosa que fa pensar en la normalització d'aquestes pràctiques. L'anàlisi suggereix que la medicina, com a part que és d'aquest context cultural, ha assumit els valors dominants de la societat i ha contribuït a la comercialització del pes corporal. El mercat, al mateix temps, ha utilitzat en favor seu el discurs de salut per donar major credibilitat a les seves propostes per perdre pes i millorar la figura del cos. Sota el meu criteri, aquesta problematització de l'obesitat està fomentant creences o actituds respecte del cos que

es basen, en gran manera, en els missatges interessats de la indústria de la salut i la estètica més que no pas en el coneixement científic.

Aquesta problematització de l'obesitat i de la persona obesa ha tingut efectes contraproductius, ha induït actituds o comportaments no saludables (per exemple el *dieting*), ha contribuït a estigmatitzar a les persones obeses i, possiblement, a agreujar la situació més que no pas a millorar-la. També l'Estat hi ha participat en recriminar als obesos els costos sanitaris derivats de la seva atenció. Amb tot això no vull dir que no calgui incidir d'alguna manera en certs comportaments o actituds d'algunes persones obeses, però, evidentment, no tota la culpa és seva, ni les solucions han de recaure únicament en elles. Tampoc pretenc dir que les persones no tinguin la capacitat o els coneixements per prendre les pròpies decisions en relació, per exemple, a la seva alimentació, però sí que estan sotmesos a poderosíssims condicionants que configuren els seu entorn. En aquest sentit, cal esmentar la hipocresia d'un sistema que desaprova discursivament la grassor però que la fomenta en la pràctica. Tant les persones grasses com les no grasses han assenyalat la contradicció entre control i consum a què han fet referències autors com Bordo (1993), Lipovetsky (1999) o Esteban (2004), destacant, especialment, la dificultat que els suposa, d'una banda, aconseguir el canvi o restriccions que comporta el tractament dietètic i, d'una altra, no sucumbir a la sofisticada mercadotècnica de la indústria alimentària i a l'oferta il·limitada d'aliments. Han destacat la sensació de culpabilitat que els comporta caure en la "temptació". Alguns han estat crítics respecte de la manca d'actuació dels responsables polítics en aquest sentit. Cap dels professionals ha esmentat aquesta contradicció.

Plantejo la necessitat de repensar els missatges que arriben des de la biomedicina i valorar fins a quin punt les reiterades recomanacions per evitar el sobrepès i l'obesitat poden fomentar la por a engreixar o el desig d'aprimar, i considerar-ne les conseqüències. És força evident que avui en dia la por a la grassor afecta a moltes persones, que devoren tota la informació relativa a nutrició, salut i bellesa, independentment de quin sigui el seu pes corporal i de quina sigui la procedència d'aquesta informació.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA

Cal reflexionar, també, sobre la rellevància de les xifres epidemiològiques en la problematització del sobrepès i l'obesitat, i sobre l'ús partidista que a vegades se'n fa. Sense qüestionar la validesa dels estudis, però posant una certa distància donada la diversitat metodològica utilitzada per presentar el problema, hem de ser conscients de les conseqüències que pot tenir una difusió indiscriminada, a vegades distorsionada i sovint apocalíptica en relació a la magnitud d'un problema en què conflueixen diversos interessos més o menys contradictoris.

Així mateix, seria desitjable ajustar les expectatives extraordinàries creades per un mercat que fa del cos prim i esvelt, i del consum de productes i serveis per aconseguir-lo, una pretesa font de salut i felicitat. Davant d'aquestes expectatives seria bo posar les coses al seu lloc, evitant augmentar la insatisfacció amb el propi cos i la frustració que produeix en moltes persones no assolir els resultats esperats, i desterrant la idea que la ciència i la tecnologia faran possible el cos i la salut perfectes. Es fa necessari construir un models de cossos alternatius als que imposa la societat de consum, més ajustats a la realitat quotidiana i defugir aquesta utopia del cos perfecte. Les persones amb un pes corporal elevat s'haurien d'aprimar en la mesura que el seu pes pugui suposar un risc per a la salut, no perquè el seu lloc a la societat estigui supeditat al pes corporal. La distinció entre obesitat com a entitat que pot comportar riscos per a la salut i la pressió social per assolir un cos prim i esvelt sustentada en interessos econòmics em sembla fonamental.

Com he assenyalat, ni la concepció exclusivament mèdica de l'obesitat, ni la individualització de la problemàtica semblen els camins més apropiats per aportar una mica de llum a aquesta qüestió. Tampoc una visió assentada únicament en els processos socials em sembla encertada. La complexitat del problema de l'obesitat, la seva multidimensionalitat i la diversitat de factors que intervenen reclama el concurs de diferents punts de vista respecte a la seva definició, a la seva etiologia i a la seva gestió i possible resolució, reclama una aproximació integradora necessàriament interdisciplinària, una articulació entre perspectives que habitualment treballen per separat, escindint dominis que en el món real conformen un mateix horitzó només fragmentat artificialment. Per tant, és necessària una aproximació que reconegui les aportacions i les limitacions tant de les ciències biomèdiques com de les ciències

socials, evitant, així, donar explicacions parcials i desintegrades que només fan referència a una part del problema i no a la seva totalitat. Certament, hi ha aspectes que s'expliquen millor des de certes òptiques, però cap d'elles esgota la comprensió del problema. Cal articular les aportacions teòriques i metodològiques de les ciències socials amb les aproximacions que privilegien la dimensió biològica per enriquir la comprensió de problemes de salut, com és el cas de l'obesitat. Les ciències socials, i particularment l'antropologia, poden fer aportacions significatives en tant que recorren a visions comunament excloses en els enfocament biomèdics. Per això, la seva inclusió en l'abordatge d'aquesta problemàtica pot ser pertinent per construir una visió més completa i complexa del fenomen de l'obesitat. Plantejo, per tant, la necessitat de treballar en equips interdisciplinars com a forma de demostrar la utilitat pràctica de l'antropologia i de fer arribar els seus coneixements a la societat. Lamentablement les relacions entre aquestes disciplines són encara escasses. En aquest sentit, entenc que queda un llarg camí per recórrer. Mentrestant, espero que aquest treball porti elements de reflexió, suposi una contribució de l'antropologia a la comprensió de l'obesitat i estimuli la creació de ponts teòrics, metodològics i d'intervenció entre les ciències socials i les ciències biomèdiques. La meva opció personal, caracteritzada per una implicació personal i professional tant en ciències de salut i com en ciències socials, va en aquesta direcció.

BIBLIOGRAFIA

- ABELLÁN, J.M., SÁNCHEZ, F.I., MARTÍNEZ, J.E. (2008) "Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas?", a: González, B. et al. (eds) Informe SESPAS 2008. Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre salud. *Gaceta Sanitaria*, 22 (Supl 1): 179-185.
- ALEMANY, M. (1996) *Obesidad y Nutrición*. Madrid: Alianza Editorial.
- ALEMANY, M. (2000) "¿Es necesario tratar la obesidad? Postura escéptica", *Nutrición y obesidad*, 3 (1): 47-50.
- ALEMANY, M. (2003) "Mecanismos de control del pes corporal", *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 18 (2): 44-49. Grup de recerca Nitrogen-Obesitat. Facultat de Biologia. Universitat de Barcelona.
- ALEMANY, M. et al. (2000) "Tratamiento de la obesidad: el mito de Sisifo redivivo", *Alimentació, Nutrición y Salud*, 7 (2): 51-60.
- ALLUÉ, M. (2003) *DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Bellaterra.
- ÁLVAREZ, J. et al. (2006) "Costes y calidad de vida en la obesidad", a: Moreno, B., Monereo, S., Álvarez, J. (dirs.) *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana, pp. 325-335.
- AMEZCUA M, GÁLVEZ A. (2002) "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta", *Revista Española de Salud Pública*, 76:423-436.
- AMORÓS, C. I DE MIGUEL, A. (2007a) *Teoría Feminista: de la Ilustración a la globalización. De la Ilustración al segundo sexo*. Volum 1. Madrid: Minerva.

- AMORÓS, C. I DE MIGUEL, A. (2007b) *Teoría Feminista: de la Ilustración a la globalización. Del feminismo a la posmodernidad*. Volum 2. Madrid: Minerva
- ANDRIEU, B. (2004) "Corps", a Leclercq, S. (coord.) *Abécédaire de Michel Foucault*. Paris: Sils Maria, pp. 27-29.
- ARANCETA, J. et al. (1998) "Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO'97", *Medicina Clínica*, 111: 441-445.
- ARANCETA, J. et al. (2003a) "Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular", *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 15(5):196-233.
- ARANCETA, J. et al. (2003b) "Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000", *Medicina clínica*, 120: 608-612.
- ARANCETA, J, PÉREZ, C., RUBIO, M.A, (2003) "Malnutrición por exceso: Sobrepeso y Obesidad", a: *Libro Blanco de la Nutrición en España*. Fundación Española de la Nutrición, pp. 297-307.
- ARANCETA, J. et al. (2004) "Tablas para la evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA", *Medicina Clínica*, 123 (18): 686-691.
- ARANCETA, J., i PÉREZ, C. (2006) "Epidemiología de la obesidad", a: Moreno, B., Monereo, S., Álvarez, J. (dirs.) *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana, pp. 99- 114.
- ARGENTE, J. (2011) "Obesidad infantojuvenil: una enfermedad heterogénea con nuevos fundamentos fisiopatológicos", *Anales de Pediatría*, 75 (1): 1-5.
- ARIAS, M. M. i GIRALDO, C. V. (2011). "El rigor científico en la investigación cualitativa". *Investigación y educación en enfermería*, 11, 500-514.
- ASCHER, F. (2005) *Le mangeur hypermoderne*. Paris: Odile Jacob.
- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS (2012) 4364.0.55.001- *Australian health survey: First results, 2011-12*. Canberra: Australian Bureau of Statistics.

- AVIGNON, A. I ATTALIN, V. (2014) "Le médecin, la société, le poids: un bilan des pratiques médicales", a: Marcellini, A. i Fortier, V. (dirs.) *L'obésité en question. Analyse transdisciplinaire d'une épidémie*. Bordeaux: Les Études Hospitalières, pp.171-196.
- BÀGUENA, N. (2005) "La alimentación en la Antigua Roma", a: Salas-Salvadó, J., García-Lorda, P., Sánchez Ripollés, J.M. (eds.) *La alimentación y la nutrición a través de la historia*. Barcelona: Glosa/Novartis, pp. 133-158.
- BALTASAR, A. (2004) "Cruce duodenal", *Cirugía Española*, 75 (5): 259-266.
- BARBANY, M. (2006) "Concepto y clasificación de la obesidad", a: Moreno, B., Monereo, S., Álvarez, J. (dirs.) *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana, pp. 91-97.
- BASDEVANT, A., GUY-GRAND, B. (2004) *Médecine de l'obésité*. Paris : Flammarion.
- BASULTO, J., MANERA, M. I BALADIA, E. (2012) "Dietas hiperproteicas o proteinadas para adelgazar: innecesarias y arriesgadas. Dieta Dukan y método PronoKal® como ejemplo", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19 (7): 411-418.
- BASS, J., TAKAHASHI, J.S. (2010) "Circadian integration of metabolism and energetics", *Science*, Dec 3; 330(6009):1349-54.
- BAUDRILLARD, J. (2009 [1970]) *La sociedad de consumo. Sus mitos, sus estructuras*. Madrid: Plaza & Janés.
- BAUMAN, Z. (2003a) *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BAUMAN, Z. (2003b) Prefacio: "Individualmente, pero juntos", a: Beck, U. i Beck-Gernsheim, E. *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós, pp. 19-26.
- BAUMAN, Z. (2006) *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.
- BAUMAN, Z. (2007a) *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra.
- BAUMAN, Z. (2007b) *Vida de consumo*. Madrid : Fondo de Cultura Económica.

- BEAUVOIR, S. (1997 [1949]) *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard.
- BECK, U. (1992) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- BECK, U. i BECK-GERNSHEIM, E. (2003) *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.
- BECK, U., GIDDENS, A. I LASH, S. (2001) *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza
- BELL, C.G., WALLEY, A.J., FROGUEL, P. (2005) "The genetics of human obesity", *Nature Reviews Genetics*, 6 (3): 221-34.
- BERNAL, M. (2011) *Cuerpo, comida y migraciones. Un análisis transcultural de los (mal)estares alimentarios*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- BOCQUIER, A. et al. (2005) "Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France", *Obesity Research*, 13 (4): 787-795.
- BORDO, S. (1990) "The body and the reproduction of femininity: a feminist appropriation of Foucault", a: Jaggar A. and Bordo, S. (eds.) *Gender, body, knowledge. Feminist Reconstructions of Being and Knowing*. New Brunswick [etc.] : Rutgers University Press, pp. 13-33.
- BORDO, S. (1993) *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley: University of California Press.
- BOURDIEU, P. (1986) "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo", a: Álvarez-Uría, F. i Varela, J. (eds.) *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, pp. 183-194.
- BOURDIEU, P. (1988 [1979]) *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- BOURDIEU, P. (1997 [1994]) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

- BRAY, G.A. (1990) "Obesity: historical development of scientific and cultural ideas", *International Journal of Obesity*, 14: 909-926.
- BRAY, G.A. (1993) "Commentary on Paper by Chambers", *Obesity Research*, 1 (1): 85-86.
- BRAY, G.A., BOUCHARD, C., JAMES, W.P.T. (1998) "Definitions and proposed current classifications of obesity", a: Bray, G.A., Bouchard, C., James W.P.T. (eds.) *Handbook of obesity*. New York: Marcel Dekker, pp. 31-40.
- BRILLAT-SAVARIN, J.A. (2001 [1826]) *Fisiología del gusto*. Barcelona: Óptima.
- BROWN, I. i OUDERAA, F. VAN DER (2004) "El impacto de la nutrigenómica en la industria alimentaria", a: Ordovás, J.M, Carmena, R. (dirs.), *Nutrigenética y nutrigenómica. Monografía Humanitas*, 9, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, pp. 121-137.
- BRULLET, C. (2012) "Vida quotidiana i cura de la vida: afrontant el canvi social i la complexitat familiar", *Àmbits de psicopedagogia*, 36: 8-13.
- BUSHWALD, H. , WILLIAMS, SE. (2004) "Bariatric surgery worldwide 2003", *Obesity Surgery*, 14 (9): 1157-1164.
- BUSHWALD, H., OIEN, DM. (2009) "Metabolic/bariatric surgery Worldwide 2008", *Obesity Surgery*, 19 (12): 1605-1611.
- BUSHWALD, H., OIEN, DM. (2013) "Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011", *Obesity Surgery*, 23 (4): 427-436.
- BUZZI, A. (1968) *Evolución histórica de la medicina clínica*. Buenos Aires. Disponible a: <http://www.fmv-uba.org.ar/Portada/Buzzi/PDF-Buzzi.htm>
- CABALLERO, B. (2007) "The Global Epidemic of Obesity: An Overview", *Epidemiologic Reviews*, 29: 1-5.
- CAHNMAN, W.J. (1968) "The stigma of obesity", *The sociological quarterly*, 9 (3): 283-299.

- CALDERÓN C. (2002) "Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario", *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5): 473-482.
- CAMFIC, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (2006) *Malalts de salut? Reflexions al voltant de les noves demandes i les respostes del sistema sanitari*. Vol. 24 (Supl. 1).
- CAMPOS, P. et al. (2006) "The epidemiology of overweight and obesity: public Health or moral pànic?", *International Journal of Epidemiology*, 35: 55-60.
- CANGUILHEM, G. (1971 [1966]) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CANNELLOTO, A., LUCHTENBERG, E. (coords.) (2008) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Disponible a: <http://www.observatorio.gov.ar/.../Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>
- CARRASCO, S. (1992) "Cultura, Alimentación y Salud: Una aproximación al caso de Catalunya a través de las mujeres", Bellaterra, resumen lección magistral, UAB.
- CARRO RIPALDA, S. (2011) "Posibilidades en la práctica: visiones críticas de la antropología española desde la labor antropológica en el Reino Unido", *Lugares, tiempos, memorias. La antropología ibérica en el siglo XXI. Actas XII Congreso de Antropología FAAEE*, León.
- CASADÓ, L.C. (2011) *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- CASADÓ MARÍN, L. i DELGADO-HITO, P. (2015) "Metodologia qualitativa aplicada en la recerca en salut i els cuidatges", a: Leixà-Fortuño, M. i Montesó-Curto, P. (Coord.) *Investigació en infermeria. Teoria i pràctica*. Tarragona: publicacions URV, pp. 87-113.

- CASTIEL, L.D., SANZ, J. (2006) "Pruebas Genéticas Predictivas y Percepción de Riesgos. Apuntes para la Comunicación Pública de Contenidos sobre Biotecnología", *Salud Colectiva*, 2 (2): 161-172.
- CASTIÉN, J.I. (2004) "El concepto de capital en la obra de Pierre Bourdieu. Potencialidades y límites", a: Alonso, L.E., Martín Criado, E., Moreno Pestaña, J.L. (eds.) *Pierre Bourdieu: las herramientas del sociólogo*. Madrid: Fundamentos, pp. 317-349.
- CAUVIN, J. (1994) *Naissance des divinités, Naissance de l'agriculture. La révolution des symboles au Néolithique*. Paris: CNRS éditions.
- CITRO, S. (2011) "La antropología y los cuerpos en-el-mundo. Indicios para una genealogía (in)disciplinar", a: Citro, S. (coord.) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos, pp. 17-58.
- COHEN, S. (1987 [1972]) *Folk Devils and Moral Panics: the Creation of the Mods and Rockers*. Oxford : Basil Blackwell.
- COHEN, C. (2003) *La femme des origines. Images de la femme dans la préhistoire occidentale*. Paris: Herscher.
- COHEN, P.A., GODAY, A. I SWANN, J.P. (2012) "The Return of Rainbow Diet Pills" *American Journal of Public Health* , 102 (9): 1676-1686.
- COMAS D'ARGEMIR, D. (1995) *Trabajo, género, cultura. La construcción de la desigualdad entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.
- COMELLES, J.M. (1998) "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales", a: Martínez Hernández, A., Comelles, J.M., Miranda, M. (comp.) *Antropología de la medicina: una década de Jano 1985-1995 (I)*, *Trabajo Social y Salud*, 29: 135-150.
- COMELLES, J.M. (2011) "The best in me. The evolution of mad bodies in contemporary Europe", a: Fainzang, S. i Haxaire, C. (eds.) *Of Bodies and Symptoms. Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 169-184.

COMELLES, J.M.. MARTÍNEZ, A. (1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2005) *Libro Verde. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas*. Bruselas.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2007) *Libro Blanco. Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*. Bruselas.

CONDE F, PÉREZ C. (1995) "La investigación cualitativa en Salud Pública", *Revista Española de Salud Pública*, 69:145-149.

CONRAD, P. (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social", a: Ingleby, D. (ed.) *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica, pp. 129-154.

CONRAD, P. (2005) "The Shifting Engines of Medicalisation", *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (1): 3-14.

CONRAD, P. (2007) *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

CONTRERAS, J. (2009) "Dimensiones socioculturales de la obesidad", *Humanitas. Humanidades Médicas*, Tema del mes on-line, 43. Disponible a: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero43/papel.pdf

CONTRERAS, J. i GRACIA, M. (dirs.) (2004) *La alimentación y sus circunstancias*. Barcelona, Alimentaria Exhibitions.

CONTRERAS, J. i GRACIA, M. (2005) *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.

CONTRERAS, J. i GRACIA, M. (dirs.) (2006) *Comemos como vivimos: alimentación, salud y estilos de vida*. Barcelona, VI Foro Internacional de la Alimentación.

- CONTRERAS, J. i GRACIA, M. (2008) "Preferències i consums alimentaris: entre el plaer, la conveniència i la salut", a: Díaz Méndez, C., i Gómez Benito, C. (coords.) *Alimentació, consum i salut*. Col·lecció Estudis Socials, Barcelona: Fundació "la Caixa".
- COOK, T.D., REICHARDT, CH.S. (2005 [1982]) *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- CONDE, F. (1990) "Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la investigación social", *REIS*, 51: 91-117.
- COOLEY, C.H. (2005) "El yo espejo", *CIC (Cuadernos de información y comunicación)*, 10: 13-26. Disponible a: <https://revistas.ucm.es/index.php/CIYC/index>
- CORDERO SÁNCHEZ, P. et al. (2010) "Epigenética nutricional: una pieza clave en el rompecabezas de la obesidad", *Revista Española de Obesidad*, 8 (1): 10-20.
- CORELLA, D. (2011) "Dieta, genética y obesidad", *Revista Española de Obesidad*, 9 (2): 60.
- COSTA-FONT, J., GIL, J. (2008) "What lies behind socio-economic inequalities in obesity in Spain? A decomposition approach", *Food Policy*, 33: 61-73
- COULANGES, F. DE (1942 [1864]) *La ciudad antigua: estudio sobre el culto, el derecho, las instituciones de Grecia y Roma*. Buenos Aires: Albatros.
- COWARD, R. (1989) *The Whole Truth: the Myth of Alternative Health*. London: Faber and Faber.
- CSORDAS, T.J. (1994) "Introduction: the body as representation and being-in-the-world", a: Csordas, T.J. (ed.) *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-24.
- CSORDAS, T.J. (2011) "Modos somáticos de atención", a: Citro, S. (coord.) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos, pp. 83-104.

- CHAINIAN, N. (2014) "Contrepoint final. Échos d'une lecture impliquée", a: Marcellini, A. i Fortier, V. (dirs.) *L'obésité en question. Analyse transdisciplinaire d'une épidémie*. Bordeaux: Les Études Hospitalières, 239-242.
- DARMON, N., DREWNOWSKI, A. (2008) "Does social class predict diet quality?", *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5):1107-1117.
- DAVIS, K. (1995a) *Reshaping the female body: The dilemma of cosmetic surgery*. New York: Routledge.
- DAVIS, K. (1995b) "De mujer-objeto a sujeto individualizado: Un enfoque biográfico de la cirugía estética", *Historia y fuente oral*, 13: 57-71.
- DAVIS, K. (2007). *El cuerpo a la carta. Estudios culturales sobre cirugía cosmética*. México D.F.: La Cifra.
- DE VILLAR, N.G.P, LORIA, V. I MONEREO, S. (2003) "Tratamientos alternativos de la obesidad: mito y realidad", *Medicina Clínica*, 121 (13): 500-510.
- DESCARTES, R. (1970 [1641]) *Discurso del Método: Meditaciones metafísicas*. Madrid: Espasa-Calpe.
- DEURENBERG, P., DEURENBERG-YAP, M., GURICCI, S. (2002) "Asians are different from Caucasians and from each other in their body mass index/body fat per cent relationship", *Obesity Reviews*, 3 (3): 141-146.
- DÍAZ ROJO, J.A., MORANT, R., WESTALL, D. (2006) *El culto a la salud y a la belleza. La retórica del bienestar*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- DOUGLAS, M. (1988 [1970]) *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- DOUGLAS, M. (1991 [1966]) *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- DOUGLAS, M. (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.

- DREWNOWSKI, A. i SPECTER, S. (2004) "Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs", *American Journal of Clinical Nutrition*, 79 (1): 6-16.
- DREWNOWSKI, A. I DARMON, N. (2005) "Food choices and diet costs: an economic analysis", *Journal of Nutrition*, 135(4):900-904.
- DUBOIS, J.P., JOLIBERT, A. (2005) *Le Marketing. Fondaments et pratiques*. Paris: Economica.
- ELIAS, N. (1989 [1939]) *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ELIAS, N. (1990 [1987]) *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- ESTEBAN, M.L. (1997/1998) "El cuidado de la imagen en los procesos vitales. Creatividad y miedo al descontrol", *Kobie. Antropología Cultural*, nº VIII. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia-Bizkaiko Foru Aldundia, pp. 27-54.
- ESTEBAN, M.L. (2000) "Promoción social y exhibición del cuerpo", a: Del Valle, T. (ed.) *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel, pp. 205-242.
- ESTEBAN, M.L. (2004) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- ESTEBAN, M.L. (2008) "Etnografía, itinerarios corporales y cambio social. Apuntes teóricos y metodológicos", a: Imaz, E. (ed.) *La materialidad de la identidad*. Donostia: Hariadna, pp. 135-158.
- ESTUDIO PROSPECTIVO DELPHI (1999) *Libro Blanco. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas*. Madrid: Gabinete de estudios Bernard-Krief.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY (2014) *Obesity. Perception and policy. Multi-country review and survey of policymakers 2014*.
- FEATHERSTONE, M. (1991) "The Body in Consumer Culture", a: Featherstone, M., Hepworth, M., Turner, B.S. (eds.) *The Body. Special Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications, pp. 170-196.

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE SOCIEDADES DE NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA/
SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD (FESNAD/SEEDO) (2011)

“Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Consenso FESNAD-SEEDO”,
Revista Española de Obesidad, 10 (Supl. 1).

FEIXA, C. (1994) “El teatre de l’hegemonia. Revisitació de Gramsci”, *el contemporani*, 2:
27-33.

FERNÁNDEZ, J.L., GAGO, L., BENITO, J. (2009) “Panorama actual de la Nutrigenómica”,
Informe de Vigilancia Tecnológica, Fundación madri+d para el Conocimiento.
Disponible a: <http://www.madrimasd.org/biotecnologia/Informes/>

FERNÁNDEZ DEL CAMPO, E. (2008) *Historia del Arte. Grecia i Roma*. Madrid: Equipo Cultural.

FINUCANE, M.M. et al. (2011) “National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants”,
Lancet, 377: 557-567.

FISCHLER, C. (1995) *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.

FLEGAL, K.M. et al. (2005) “Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity”, *JAMA*, 293 (15): 1861-1867.

FLEGAL, K.M. et al. (2007) “Cause-Specific Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity”, *JAMA*, 298 (17): 2028-2037.

FLEGAL, K.M., GRAUBARD, B.I. (2009) “Estimates of excess deaths associated with body mass index and other anthropometric variables”, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89 (4): 1213-1219.

FLEGAL, K.M. et al. (2012) “Prevalence of Obesity and Trends in the Distribution of Body Mass Index Among US Adults, 1999-2010”, *JAMA*, 307 (5): 491-497.

- FORMIGUERA, X. (2008) "Obesidad abdominal y riesgo cardiometabólico", *Revista Española de Obesidad*, 6 (1): 21-29.
- FORMIGUERA, X. (2010) "El triste caso del fármaco desaparecido", *Revista Española de Obesidad*, 8 (1): 7-9.
- FOUCAULT, M. (1981) "La Gubernamentalidad", en: *Espacios de poder*. Madrid: La Piqueta, pp. 9-26.
- FOUCAULT, M. (1990a [1988]) *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, M. (1990b) *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- FOUCAULT, M. (1992 [1977]) *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- FOUCAULT, M. (1994 [1977]) *Dits et écrits, 1954-1988, III 1976-1979*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1995 [1963]) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2005 [1979]) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2006 [1976]) *Historia de la sexualidad, 1. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FROY, O. (2010) "Metabolism and circadian rhythms--implications for obesity", *Endocrine Reviews*, 31(1):1-24.
- GARAULET, M. (2011) "Dieta o método Dukan. Postura de la GREP-AEDN", *Revista Española de Obesidad*, 9 (1): 6-9.
- GARCÍA CANCLINI, N. (1995) "El consumo sirve para pensar", a: *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo, pp. 57-71.

GARCÍA-MARTOS, M. et al. (2010) "Efectos de un programa de entrenamiento mixto sobre la condición física en mujeres jóvenes con sobrepeso", *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10: 11-16.

GARCÍA, M. (2013) "El bueno de Adán y la malvada de Eva. Procesos de enculturación, establecimiento de roles y violencia de género. Ser hombre y ser mujer en Oaxaca", a: Pérez-Gil, S. i Gracia-Arnaiz, M. (eds.) *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*. Tarragona: URV, pp. 137-171.

GARCÍA, M. i CASADÓ, L. (2014) "Alimentación y pobreza: cuando uno no come lo que desea. Vulnerabilidad y procesos de precarización alimentaria en España (2007-2013)", *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología FAAEE*. Tarragona: URV, pp. 1806-1826.

GARROW, J.S. (1988) *Obesity and related diseases*. Edinburg: Churchill Livingstone.

GEERTZ, C. (2000) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT (2008) *Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS)*.

Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/salut_publica/paas/documents/arxiu/paas.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT (2009) *Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Informe de salut de Catalunya. Avaluació dels objectius de salut, 1a part*. Disponible a :

http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematicos/Linies%20dactuacio/Planificacio/Pla%20de%20Salut%20de%20Catalunya%20a%20lhoritzo%202010/Informe%20de%20salut%20a%20Catalunya%20Avaluacio%20dels%20objectius%20de%20salut/M%C3%A9s%20informaci%C3%B3/0_Pla_de_salut_de_Catalunya_a_l_horitzo2010_1a%20part_tot.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT / INSTITU CATALÀ DE LA SALUT (2009) *Manual d'activitat física en atenció primària*. Disponible a: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/manual_activitat_fisica.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT (2012) *Enquesta de salut de Catalunya 2010. Informe dels principals resultats*. Disponible a : http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/Informe_WEB_ESCA_2010.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT (2012) *Enquesta de salut de Catalunya 2011. Informe dels principals resultats*. Disponible a : http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/informeasca2011.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT (2013) *Enquesta de salut de Catalunya 2012. Informe dels principals resultats*. Disponible a : http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossc_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Informacio_general_enquestes_salut/Enquestes_salut/Fitxers_estatics/Enquesta_salut_2012_edicio_maig.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT (2014) *Enquesta de salut de Catalunya 2013. Informe dels principals resultats*. Disponible a : http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/Arxius/esca13_results.pdf

GERMOV, J. i WILLIAMS, L. (1996) "The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition", *Appetite*, 27 (2): 97-108.

GERMOV, J. i WILLIAMS, L. (1999) *A sociology of food and nutrition: the social appetite*. Oxford: Oxford University Press.

- GÉRVAS, J., PÉREZ, M. (2006) "Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria", *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl. 3): 66-71.
- GHALIOUNGUI, P. (1983) *La médecine des pharaons. Magie et science médicale dans l'Égypte ancienne*. Paris: Robert Laffont.
- GIDDENS, A. (1994) *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- GIDDENS, A. (1995) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Edicions 62.
- GIDDENS, A. (2000) *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- GILL, R., HENWOOD, K., MCLEAN, C. (2005) "Body projects and the regulation of normative masculinity", *Body & Society*, 11 (1): 37-62.
- GIL HERNÁNDEZ, A., AGUILERA GARCÍA, C.M., GIL CAMPOS, M. (2007) "Genética de la obesidad humana", *Nutrición Clínica en Medicina*, 1 (3): 163-173.
- GOFFMAN, E. (1968) *Asiles ; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- GOFFMAN, E. (1993 [1963]) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, E. (2006 [1959]) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GÓMEZ-ABELLÁN, P. et al. (2012) "Aspectos cronobiológicos de la obesidad y el síndrome metabólico", *Endocrinología y Nutrición*, 59 (1): 50-61.
- GONZÁLEZ, B. (2005) "La obesidad como problema de salud y como negocio", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 7 (3): 83-87.
- GORDON, R.A. (1994) *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia*. Barcelona: Ariel.
- GRACIA, M. (1995) "La incidencia de los mensajes publicitarios en el comportamiento alimentario", *Quaderns de l'Institut d'Antropologia*, 8-9: 137-168.

- GRACIA, M. (1996) *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- GRACIA, M. (1997) *La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano (Barcelona, 1960-1990)*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- GRACIA, M. (2002) "Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa", a: Gracia, M. (coord.) *Somos lo que comemos. Estudios entre alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel, pp. 349-377.
- GRACIA, M. (2005) "Cuerpo, alimentación y salud: razones para no comer", *ZAINAK. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, 27: 149-164.
- GRACIA, M. (2007) "Comer bien, comer mal: la medicalización de la alimentación", *Salud Pública México*, 49 (3): 236-242.
- GRACIA, M. (2008) "La obesidad como problema social: la ideación sobre su carácter crónico, plurifactorial y epidémico", a: Romaní, O., Larrea, C., i Fernández, J. (coords.) *Antropología de la medicina, metodología e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. Donostia, Ankulegi Antropologia Elkarte, 63-78.
- GRACIA, M. (2009a) "La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social", *Revista de Nutrição*, 22 (1): 5-18.
- GRACIA, M. (2009b) "Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesigénicas", *Salud Colectiva*, 53 (3): 363-376.
- GRACIA, M. (2009c) "Relaciones entre biología, cultura e historia en el tratamiento de los trastornos alimentarios", a: Medina, F.X., Ávila, R., de Garine, I. (coords.) *Food, Imaginaries and Cultural Frontiers. Essays in Honour of Helen Macbeth*. Colección Estudios del Hombre, Serie Antropología de la Alimentación. México: Universidad de Guadalajara, pp. 73-88.
- GRACIA, M. (2010a) "Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity", *Appetite*, 55: 219-225.

- GRACIA, M. (2010b) "La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social", *Gaceta Médica de México*, 146: 389-396.
- GRACIA, M. et al. (2005) *Género, dieting y salud: un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- GRACIA, M. et al. (2007) *Els trastorns alimentaris a Catalunya. Una aproximació antropològica*. Secretaria de Joventut, Generalitat de Catalunya, Col·lecció Estudis, n. 23.
- GRACIA, M. i COMELLES, J.M. (eds.) (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- GRACIA, M. i CONTRERAS, J. (2008) "Cors gros, corps malades? Une perspective socioculturelle", *Corps*, 1(4): 63-69. Disponible a: <http://www.cairn.info/revue-corps-2008-1-page-63.htm>
- GRACIA, M. et al. (2012) *Pobres joves grassos. Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya*. Tarragona: publicacions URV.
- GRAMSCI, A. (1981) *Cuadernos de la cárcel. Edición crítica del Instituto Gramsci. A cargo de Valentino Gerratana*. Tomo I. México D. F.: Ediciones Era.
- GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA GENÓMICA DE LA OBESIDAD Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (2011) "Entrevista a Dolores Corella Piquer", *Newsletter*, 13, Ciberobn. Disponible a: www.ciberobn.es/newsletters/newsletter13/CIBERObn-Newsletter13.pdf
- GRUPPI, L. (1978) "Los cuadernos de la cárcel", en: *El concepto de Hegemonía de Gramsci*. México: Ediciones de Cultura Popular, pp. 89-111.
- GUILLEMOT, A., LAXENAIRE, M. (1994) *Anorexia y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.
- GUTIÉRREZ-FISAC, J.L., REGIDOR, E., RODRÍGUEZ, C. (1994) "Prevalencia de la obesidad en España", *Medicina Clínica*, 102: 10-13.

- GUTIÉRREZ-FISAC, J.L. et al. (2012) "Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study", *Obesity Reviews*, 13: 388-392.
- GUTIÉRREZ, J.P. et al. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- HACKING, I. (2005) Normalisation et obésité , Leçon numéro 3, Collège de France Paris.
- HAMMERSLEY, M., ATKINSON, P. (2009) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- HASLAM, D. (2007) "Obesity: a medical history", *Obesity reviews*, 8 (suppl.1): 31-16.
- HASLAM, D., RIGBY, N. (2010) "A long look of obesity", *Lancet*, 376 (9735): 85-86.
- HEALTH AND SOCIAL CARE INFORMATION (2014) *Statistics on Obesity, Physical Activity and Diet: England 2014*. Disponible a:
<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB13648/Obes-physacti-diet-eng-2014-rep.pdf>
- HEPWORTH, J. (1999) *The social construction of anorexia nervosa*. London: Sage.
- HERRERA, M.S. (2007) *Individualización social y cambios demográficos: ¿hacia una segunda transición demográfica?* Madrid: CIS / Siglo XXI.
- HIPÓCRATES (1986) *Tratados Hipocráticos III. Sobre la dieta*. Madrid: Gredos.
- HIPÓCRATES (1990) *Tratados Hipocráticos I. Aforismos*. Madrid: Gredos.
- HOLMAN, H. i LORIG, K. (2004) "Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease", *Public Health Reports*, 119: 239-243.
- HOLT, R.I. (2005) "International Diabetes Federation re-defines the metabolic syndrome", *Diabetes, obesity & metabolism*, 7 (5): 618-620.
- HUSSERL, E. (2005 [1952]) *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro segundo. Investigaciones fenomenológicas sobre la constitución*. México: UNAM, Fondo de Cultura Económica.

- HUXLEY, A. (1980) *Un món feliç*. Barcelona: Plaza Janés.
- ILLICH, I. (1987 [1976]) *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz/Planeta.
- ILLICH, I. (1999) "L'obsession de la santé parfaite", *Le Monde Diplomatique*, març, pp. 28. Disponible a: <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>
- INFAC (2005) "Creación de enfermedades", *Información Farmacéutica de la Comarca*, 13 (7): 29-32.
- ISMAIL, I. et al (2012). "A systematic review and metaanalysis of the effect of aerobic vs. resistance exercise training on visceral fat", *Obesity Reviews*, 13(1): 68-91.
- JAMES, P.T. et al. (2001) "The Worldwide Obesity Epidemic", *Obesity Research*, 9 (suppl. 4): 228S-233S.
- JAMES, WPT. (2005) "The SCOUT study: risk-benefit profile of sibutramine in overweight high-risk cardiovascular patients", *European Heart Journal Supplements*, 7: L44-L48. Disponible a: http://eurheartjsupp.oxfordjournals.org/content/7/suppl_L/L44
- JEFFCOATE, W. (1998) "Obesity is a disease: food for thought", *Lancet*, 351: 903-904.
- JORGE, E. (2003) "Nuevos elementos para la reflexión metodológica en sociología. Del debate cuantitativo/cualitativo al dato complejo", *Papers*, 70: 57-81.
- JULIANO, D. (1992) *El juego de las astucias: mujer y construcción de modelos sociales alternativos*. Madrid: Horas.
- JUNIEN, C., NATHANIELSZ, P. (2007) "Report on the IASO Stock Conference 2006: early and lifelong environmental epigenomic programming of metabolic syndrome, obesity and type II diabetes", *Obesity Reviews*, 8 (6): 487-502.
- KLEIN, S. et al. (2007) "Waist Circumference and Cardiometabolic Risk", *Diabetes Care*, 30 (6): 1647-1652.

- KLEINMAN, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1988) *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- LE BRETON, D. (1998 [1990]) *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- LE BRETON, D. (2002 [1992]) *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LECUBE, A. I MONEREO, S. (2011) "RICIBA, ¿Qué sabemos sobre la cirugía bariátrica en España?", *Endocrinología y Nutrición*, 58(7): 323-324.
- LEDO, J. (2013) *Usuaris de la red y TCAs: un análisis antropológico de los espacios, usos y narrativas virtuales*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- LILLYCROP, K.A., BURDGE, G.C. (2011) "Epigenetic changes in early life and future risk of obesity", *International Journal of Obesity*, 35 (1): 72-83.
- LIPOVETSKY, G. (1990) *El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas*. Barcelona: Anagrama.
- LIPOVETSKY, G. (1999) *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Anagrama.
- LIPOVETSKY, G. (2007) *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama.
- LOBO, F. (2007) "Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad", *Revista Española de Salud Pública*, 81: 437-441.
- LU, Y., GOLDMAN, D. (2010) "The Effects of Relative Food Prices on Obesity — Evidence from China: 1991-2006", *NBER Working Paper 15720*, Cambridge. Disponible a: <http://www.nber.org/papers/w15720>

- LUKÁCS, G. (1969) *Historia y conciencia de clase. Estudios de dialéctica marxista*. México: Grijalbo.
- LUKES, S. (1975) *El individualismo*. Barcelona: Península.
- LUPTON, D. (1996) *Food, the body and the self*. London: SAGE Publications.
- LUPTON, D. (2012 [2003]) *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- LUQUE, E. (2008) "L'obesitat, més enllà del consumidor: arrels estructurals dels entorns alimentaris", a: Díaz Méndez, C., i Gómez Benito, C. (coords.) *Alimentació, consum i salut*. Col·lecció Estudis Socials, Barcelona: Fundació "la Caixa".
- MALLART, LL. (1983) *La danza als esperits: itinerari iniciàtic d'un medecinaire africà*. Barcelona: La Llar del llibre.
- MARAÑÓN, G. (1936) *Gordos y flacos. Cinco ensayos breves sobre el estado actual del problema de la patología del peso humano*. Madrid: Espasa-Calpe.
- MARK, D.H. (2005) "Deaths attributable to obesity", *JAMA*, 293 (15): 1918-1919.
- MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. (2008) "Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo", Informe SEESPAS 2008, *Gaceta Sanitaria*, 22 (Supl. 1): 205-215.
- MÁRQUEZ, S. i MENEU, R. (2003) "La medicalización de la vida y sus protagonistas", *Gestión clínica y Sanitaria*, 5 (2): 47-53.
- MARTÍN, E. (2007) "El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía", *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5): 519-528.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2002/2003) "El cuerpo imaginado de la modernidad", *Debats*, 79: 8-17.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2007) "Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico", a: Esteban, M.L. (ed.)

Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas.
OSALDE: Bilbao, 11-43.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2009) "Cuerpos fantasmales en la urbe global", *Fractal: Revista de Psicología*, 21 (2): 223-236.

MARTOS-MORENO, G.A., ARGENTE, J. (2011) "Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia", *Anales de Pediatría*, 75 (1): 63.e1-63.e23.

MASANA, L. (2013) *El temps del mal. L'experiència i la gestió de la cronicitat en adults*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

MASSON, E. (2004) "Le mincir, le grossir, le rester mince", a : Hubert, A. (dir.) *Corps de femmes sous influence. Questionner les normes*. Paris : Les Cahiers de l'Ocha (10), pp. 26-46.

MAUSS, M. (1979) "Técnicas y movimientos corporales", a *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos, pp. 337-356.

MCCARTHY, M. (2004) "The economics of obesity", *The Lancet*, 364: 2169-2170.

MENÉNDEZ, E.L. (1984) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en la salud*. Ciesas. México: Cuadernos de la Casa Chata, 86.

MENÉNDEZ, E.L. (1987) "Derecho a la salud, clases sociales y práctica médica hegemónica", a: Döring, M.T. (comp.) *Psiquiatría política y derechos humanos*. México: Plaza y Valdés.

MENÉNDEZ, E.L. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos*, 46: 37-67.

MENÉNDEZ, E.L. (2000) "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos", a: Perdiguero, E., Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 163- 188.

MENÉNDEZ, E.L. (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.

MENÉNDEZ, E.L. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciència & Saúde Colectiva*, 8 (1): 185-207.

MENÉNDEZ, E.L. (2005a) "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores", *Salud Colectiva*, 1 (1): 9-32.

MENÉNDEZ, E.L. (2005b) "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos", *Revista de Antropología Social*, 14: 33-69.

MENÉNDEZ, E.L. (2012) "Metodología cualitativa. Varios problemas y reiteradas omisiones", *Index de Enfermería*, 21 (1-2): 62-68.

MERLEAU-PONTY, M. (1985 [1945]) *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-Agostini.

MILLS, C.W. (2000 [1959]) *The Sociological Imagination*. New York: Oxford University Press.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÈS (2006) *Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010*. Disponible a :

<http://www.irbms.com/download/documents/programme-national-nutrition-sante-pnns-2006-2010.pdf>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ (2011) *Programme national nutrition santé 2011-2015*. Disponible a :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ (2011) *Plan Obésité 2010-2013*. Disponible a : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_-_interactif.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1996) *Real Decreto 1907/1996 de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria*. BOE (martes, 6 de agosto) núm. 189: 24.322-24.325.

Disponible a : <http://www.boe.es/boe/dias/1996/08/06/pdfs/A24322-24325.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO/AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (2005) *Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid.

Disponible a:

<http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>

MISHKIND, M.E., RODIN, J., SILBERSTEIN, L.R., STRIEGEL-MOORE, R.H. (1986) "The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions", *American Behavioral Scientist*, 29 (5): 545-562.

MOKDAD, A.H. et al. (2004) "Actual Causes of Deaths in the United States, 2000", *JAMA*, 291 (10): 1238-1245.

MOKDAD, A.H. et al. (2005) "Correction: actual causes of death in the United States, 2000", *JAMA*, 293 (3): 293-294.

MONTEIRO, C.A., CONDE, W.L., POPKIN, B.M. (2007) "Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975–2003", *American Journal of Public Health*, 97 (10): 1808-1812.

MONEREO, S. et al. (2006) "Prevención de la obesidad: el reto del siglo XXI", a: Moreno, B., Monereo, S., Álvarez, J. (dirs.) *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana, pp. 337-347.

MONTAÑÉS, M. (2007) "Más allá del debate cuantitativo/cualitativo: la necesidad de aplicar metodologías participativas conversacionales", *Política y Sociedad*, 44 (1): 13-29.

MORALES, M.J. et al. (2008) "Tratamiento quirúrgico de la obesidad: recomendaciones prácticas basadas en la evidencia", *Endocrinología y Nutrición*, 55 (Supl 3): 1-24.

MORENO, B., MONEREO, S., ÁLVAREZ, J. (2000) *Obesidad: la epidemia del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.

MORENO, B., MONEREO, S., ÁLVAREZ, J. (2006) *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana.

- MORENO, B. (2007) "El agravio de los obesos", *Medical Economics*, IV (20): 6-7.
- MOSCOVICI, S. (1999) "Noms propres, noms communs et représentations sociales", *Psychologie et société*, 1 : 81-104.
- NAHOUM, V. (1979) "La belle femme ou le stade du miroir en histoire", *Communications*, 31, pp. 22-32.
- NAVARRETE, S. (2012) "Cruce duodenal; visión integral de una derivación biliopancreática en cirugía metabólica", *Nutrición Hospitalaria*, 27 (5): 1380-1390.
- OBEPI-ROCHE (2012) *National survey of obesity and overweight*, Disponible a: http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html#sthash.ZpQEHITl.dpuf
- OBSERVATORIO DE LA NUTRICIÓN Y DE ESTUDIO DE LA OBESIDAD (2013) Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- OGDEN, C.L., CARROLL, M.D. (2010) *Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States, Trends 1960-1962 Through 2007-2008*. National Center for Health Statistics. Centers for Disease Control and Prevention. (U.S. Department of Health and Human Services)
- OGDEN, C.L. et al. (2012) *Prevalence of Obesity in the United States, 2009-2010*. National Center for Health Statistics, Data Brief, 82. Centers for Disease Control and Prevention. (U.S. Department of Health and Human Services)
- OGDEN, C.L. et al. (2013) *Prevalence of Obesity Among Adults: United States, 2011-2012*. National Center for Health Statistics, Data Brief, 131. Centers for Disease Control and Prevention. (U.S. Department of Health and Human Services)
- OGDEN, C.L. et al. (2014) "Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012", *JAMA*, 311 (8): 806-814.

- OLAIZ, G. et al. (2003) *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- OLAIZ-FERNÁNDEZ, G. et al. (2006) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2013) *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. Disponible a: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- ORBACH, S. (1987) *Tu cuerpo, tu misma. Guía de autoayuda para mujeres compulsives*. Barcelona: Juan Granica.
- ORBACH, S. (2006) "There is a public health. Its not fat on the body but fat in the mind and the fat of profits", *International Journal of Epidemiology*, 35 (1): 67-69
- ORBACH, S. (2010) *La tiranía del culto al cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- ORDOVAS, J.M. (2008) *La Nutrigenómica en el Futuro de la Salud Humana*. Disponible a: <http://www.uco.es/organizacion/protocolo/documentos/discursos-honoris-causa/jose-maria-ordovas/discurso-j-ordovas.pdf>
- ORDOVÁS, J.M. (2009) "Hacer test genéticos para vender una píldora es patético". Disponible a: <http://www.publico.es/ciencias/209629/hacer-test-geneticos-para-vender-una-pildora-es-patetico>
- ORTEGA, F. (2010) *El cuerpo incierto. Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- ORTIZ, M. del R. i ÁLVAREZ-DARDET, C. (2009) *Observatorio de la Obesidad. Informe de la Epidemiología de la Obesidad y las Políticas Públicas para su Prevención*. Universidad de Alicante- AESAN.
- PALOU, A. (2006) "Algunos nuevos retos en nutrición básica y aplicada", *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 50(4): 62-70.
- PALOU, A. et al. (2004) "Nutrigenómica y obesidad", *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 48 (2): 36-48.

- PAPAVRAMIDOU, N.S., PAPAVRAMIDIS, S.T., CHRISTOPOULOU-ALETRA, H. (2004) "Galen on obesity: Etiology, Effects, and Treatment", *World Journal of Surgery*, 28: 631-635.
- PAUGAM, S. (1993) *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: Presses Universitaires de France.
- PERDIGUERO, E. i COMELLES, J.M. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: edicions bellaterra.
- PEREIRA, J.L., GRACÍA-LUNA, P.P. (2005) "Costes económicos de la obesidad", *Revista Española de Obesidad*, 3: 11-12.
- PERROT, P. (1991) *Le corps féminin: le travail des apparences, XVIII^e-XIX^e siècle*. Paris: Seuil.
- PETERSEN, A. (2005) "Securing our genetic health: engendering trust in UK Biobank", *Sociology of Health & Illness*, 27 (2): 271-292.
- PETERSEN, A. (2007) *The body in question. A Socio-Cultural Approach*. London and New York: Routledge.
- PIERS, LS. et al. (2003) "Relation of adiposity and body fat distribution to body mass index in Australians of Aboriginal and European ancestry", *European Journal of Clinical Nutrition*, 57: 956-963.
- PINEDA, A. (2008) "El individualismo como ideologema del discurso publicitario", a: Rey, J. (ed.) *Publicidad y sociedad. Un viaje de ida y vuelta*. Sevilla-Salamanca-Zamora: Comunicación social, pp. 46-67.
- PONS-RÀFOLS, JMV., ESPALLARGUES, M., TEBÉ, C. (2006) "Obesidad y cirugía bariátrica: de último recurso a tratamiento de primera elección", *Medicina Clínica*, 126 (1): 19-24.
- POPKIN, B.M. (2001) "The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World", *The Journal of Nutrition*, 131: 871S-873S.

- POPKIN, B.M. (2004) "The Nutrition Transition: An Overview of World Patterns of Change", *Nutrition Reviews*, 62 (7): S140-S143.
- POULAIN, J-P. (2001) "Mettre les obèses au régime ou lutter contre la stigmatisation de l'obésité? Les dimensions sociales de l'obésité", *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 36(6): 391-404.
- POULAIN, J-P. (2002) *Sociologie de l'alimentation*. Paris ; Presses Univisitaires de France.
- POULAIN, J-P. (2009) *Sociologie de l'obésité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- POULAIN, J-P., TIBÈRE, L. (2008) "Alimentation et précarité", *Anthropology of food* [Online], 6. Disponible a: <http://aof.revues.org/4773>
- PRIETO, C. I PÉREZ DE GUZMÁN, S. (2013) "Desigualdades laborales de género, disponibilidad temporal y normatividad social", *REIS*, 141: 113-132.
- PUJADAS, J.J., COMAS. D. I ROCA, J. (2004) *Etnografía*. Barcelona: UOC.
- QUALTER, T.H. (1994) *Publicidad y democracia en la sociedad de masas*. Barcelona: Paidós.
- QUILES, J., VIOQUE, J. (1996) "Validez de los datos antropométricos declarados para la determinación de la prevalencia de obesidad", *Medicina Clínica* 106 (19): 725-729.
- QUILES, J. et al. (2008) "Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención", *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 14 (3): 142-149.
- RIERA-MELIS, A. (2004) "Sociedad feudal y alimentación (siglos XII-XIII)", a: Flandrin, J.L. i Montanari; M. (dir.) *Historia de la alimentación*. Gijón: Trea, pp. 501-542.
- RODRÍGUEZ, J.A., de MIGUEL, J.M. (1990) *Salud y poder*. Madrid: CIS / Siglo XXI.
- RODRÍGUEZ, A., GONZÁLEZ, B. (2009) "El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad", *Revista Española de Salud Pública*, 83 (1): 25-41.

- ROMERO-CORRAL, A. ET AL. (2006) "Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies", *Lancet*, 368: 666-678.
- ROSE, G. (1991) "Population distributions of risk and disease", *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 1: 37-40.
- RUBIO, M.A. et al. (2004) "Documento de consenso sobre cirugía bariátrica", *Revista Española de Obesidad*, 4: 223-249.
- RUBIO, M.A. et al. (2007) "Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica", *Revista Española de Obesidad*, 7-48.
- RUSH, E.C., FREITAS, I., PLANK, L.D. (2009) "Body size, body composition and fat distribution: comparative analysis of European, Maori, Pacific Island and Asian Indian adults", *The British Journal of Nutrition*, 102 (4): 632-641.
- SAINT POL, T. de (2010) *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Paris: PUF.
- SÁNCHEZ-CABEZUDO, C. et al. (2001) "Resultados a 5 años de la derivación biliopancreática de Larrad en el tratamiento de la obesidad mórbida", *Cirugía Española*, 70 (3): 133-141.
- SARTRE, J-P. (1984 [1943]) *El ser y la nada. Ensayo de ontología fenomenológica*. Madrid: Alianza.
- SASSI, F. (2010) *L'obésité et l'économie de la prévention. Objectif santé*. OECD.
- SAUQUET, F. (2006) "El cos com a subjecte a Merleau-Ponty", *Ars Brevis*, 12: 103-121.
- SCHÄFER ELINDER, L. (2005) "Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies", *British Medical Journal*, 331(7528): 1333-1336.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1997) *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

- SCHEPER-HUGHES, N. i LOCK, M. (1987) "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6-41.
- SCOPINARO, N. (1988) "The IFSO and obesity surgery throughout the world. International Federation for the Surgery of Obesity", *Obesity Surgery*, 8 (1): 3-8.+
- SEGURA, A. (2008) "Cribado de enfermedades y factores de riesgo en personas sanas. El lado oscuro de la fuerza", a: Foz, M. (dir.) *Humanitas. Humanidades Médicas*, Tema del mes on-line, 31.
- SEOANE, J. (2005) "Hacia una biografía del self", *Boletín de Psicología*, 85: 41-87.
- SEN, A. (2002) "Health: perception versus observation", *British Medical Journal*, 324 (7342): 860-861.
- SERRA MAJEM, LI. et al. (2007) "Tendencias del estado nutricional de la población española: resultados del sistema de monitorización nutricional de Cataluña (1992-2003)", *Revista Española de Salud Pública*, 81: 559-570.
- SERRANO DELGADO, J.M. (1993) *Textos para la historia antigua de Egipto*. Madrid: Cátedra.
- SIEGLER, M. (1997) "La relación médico-paciente en la era de la medicina de gestión", a: AA.VV. *Limitación de prestaciones sanitarias: actas de la Jornada organizada por la Fundación de Ciencias de la Salud y celebrada el 26 de junio de 1996*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud/Doce Calles, pp. 44-64.
- SILVEIRA, MB., MARTÍNEZ-PIÑEIRO, L., CARRARO, R. (2007) "Nutrigenómica, obesidad y salud pública", *Revista Española de Salud Pública*, 81 (85): 475-487.
- SINGLY, F. De (1984) "Les manoeuvres de séduction: une analyse des annonces matrimoniales", *Revue Française de Sociologie*, 25 (4): 523-559.
- SJÖSTRÖM, L. et al. (2007) "Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects", *The New England Journal of Medicine*, 357 (8): 741-752.
- SKRABANEK, P. (1999) *La muerte de la medicina con rostro humano*. Madrid: Díaz de Santos.

- SKRYPNIK, D. et al. (2025) "Effects of Endurance and Endurances Strength Training on Body Composition and Physical Capacity in Women with Abdominal Obesity", *Obesity Facts* 8: 175-187.
- SOBAL, J. (1995) "The Medicalization and Demedicalization of Obesity", a: Maurer, D. i Sobal, J. (eds.) *Eating agendas. Food and Nutrition as Social Problems*. New York: Aldine de Gruyter, pp. 67-90.
- SOBAL, J. I STUNKARD, A.J. (1989) "Socioeconomic status and obesity: a review of the literature", *Psychological Bulletin*, 105(2): 260-275.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD (1996) "Consenso Español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos", *Medicina Clínica*, 107: 782-787.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD (2000) "Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica", *Medicina Clínica*, 115: 587-597.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD (2010) "Noticias: La Agencia Española de Medicamentos ha decidido suspender la comercialización de sibutramina (Reductil®), fármaco antiobesidad, por razones de seguridad", *Revista Española de Obesidad*, 8 (1): 41.
- SONTAG, S. (2005 [1977]) *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Suma de Letras.
- SOUTHAM, L. et al. (2009) "Is the thrifty genotype hypothesis supported by evidence based on confirmed type 2 diabetes- and obesity-susceptibility variants?" *Diabetologia*, 52 (9):1846-1851.
- STARFIELD, B. et al. (2008) "The concept of prevention: a good idea gone astray?", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62 (7): 580-583.
- STRASSER, B., ARVANDI, M., SIEBERT, U. (2012) "Resistance training visceral obesity and inflammatory response: a review of the evidence", *Obesity Reviews*, 13: 578-591.

- STRIEGEL-MOORE, R.H., FRANKO, D.L. (2002) "Body image issues among girls and women", a: Cash, T.F. i Pruzinsky, T. (eds.) *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, pp. 183-191.
- TALLET, P. (2002) *Historia de la cocina faraónica. La alimentación en el antiguo Egipto*. Barcelona: Zendera Zariquiey.
- TARRY-ADKINS, J.L., OZANNE, S. (2011) "Mechanisms of early life programming: current knowledge and future directions", *The American journal of clinical nutrition*, 94 (6 Suppl): 1765S-1771S.
- TAYLOR, S.J., BOGDAN, R. (2002) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- TIBERE, Laurence (2007) "Adolescents obèses face à la stigmatisation", *Obes*, 2: 173-181.
- TINAHONES, F.J. (2010) "¿Qué está pasando con los fármacos para el tratamiento de la obesidad?", *Endocrinología y Nutrición*, 58 (3): 101-103.
- TINAHONES, F.J. (2011) "El obeso metabólicamente sano", *Revista Española de Obesidad*, 9 (2): 63-64.
- TRAN KY, DIDOU-MANENT, M., ROBERT, H. (1996) *Mince ou grosse? Histoire du corps idéal*. Paris: Perrin.
- TURNER, B.S. (1989 [1984]) *El cuerpo y la Sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- TURNER, B.S. (1994) "Los avances recientes en la teoría del cuerpo", a: Bañuelos, C. (coord.) "Monográfico sobre Perspectivas en Sociología del Cuerpo", *REIS-Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68: 11-39.
- VAN BAAL, P.H. et al. (2008) "Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure", *PLoS Medicine*, 5 (2): e29. Disponible a: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050029>

- VASCO,C.E. (2003) "El debate recurrente sobre la investigación cualitativa y cuantitativa", *Nómadas*, 18: 28-34.
- VÁZQUEZ, R., LÓPEZ, J.M. (2002) *Los costes de la obesidad alcanzan el 7% del gasto sanitario*. Disponible a:
http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/03/PDF/03Analisis_Costes.pdf.
- VIGARELO, G. (2004) *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*. Paris: Seuil.
- VIGARELLO, G. (2010) *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité. Du Moyen Âge au XX^e siècle*. Paris: Seuil.
- VIOQUE, J. *et al.* (2010) "Producción científica española en obesidad a través de PubMed (1988-2007)", *Gaceta Sanitaria*, 24 (3): 225.232.
- WALLEY, A., BLAKEMORE, A., FROGUEL, P. (2006) "Genetics of obesity and the prediction of risk for health", *Human Molecular Genetics*, 15 (2): R124-30.
- WANSINK, B. (2007) *Mindless Eating: Why We Eat More Than We Think*. New York: Bantam Books.
- WOLF, N. (1991) *El mito de la belleza*. Barcelona: Emecé.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1998) *Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANISATION/ INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY/ INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (2000) *The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment*. Australia.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2004) *The Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAS)*. Resolució WHA 57.17. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANISATION/ REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2006) *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. European Charter on Counteracting Obesity*. Denmark.

WORLD HEALTH ORGANISATION (2007) *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary*. Denmark.

WORLD HEALTH ORGANISATION/REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2008) *Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012*. Denmark

WORLD HEALTH ORGANISATION/REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2014) *European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020*. Denmark.

YOUNG, T.K. et al. (2007) "Prevalence of obesity and its metabolic correlates among the circumpolar inuit in 3 countries", *American Journal of Public Health*, 97 (4): 691-695.

ZOLA, I.K. (1972) "Medicine as an Institution of Social Control", *Sociological Review*, 20: 487-504.

ZOLA, I.K. (1981) "El culto a la salud y a la medicina inhabilitante", a Illich I. *et al. Profesiones Inhabilitantes*. Madrid: Hermann Blume, pp. 37-60.

PROBLEMATITZAR EL COS: REPENSAR L'OBESITAT MÉS ENLLÀ DE LA MALALTIA
