

Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública

Social and cultural aspects on obesity: necessary reflections from public health

Medina, F. X.¹; Aguilar, A.¹; Solé-Sedeño, J. M.²

1 Departamento de Ciencias de la Salud, Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Barcelona.

2 Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Mar. Barcelona.

Remitido: 14/enero/2014. Aceptado: 5/marzo/2014.

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad que cabalga entre los límites de la medicina, la nutrición, la psicología y el ámbito de lo sociocultural. La relación entre los estilos de vida y la obesidad se hace cada vez más evidente; sin embargo, no siempre las políticas de salud pública están enfocadas desde esta perspectiva. El objetivo de este artículo es presentar una visión de la obesidad desde una perspectiva abierta, prestando una mayor atención a los aspectos sociales ligados a la obesidad al mismo tiempo que a los nutricionales, revisando algunos aspectos de esta enfermedad crónica desde diferentes perspectivas, en busca de puntos de contacto y de elementos que contribuyan a una mejor comprensión de esta patología. La obesidad como problema de salud pública y en tanto que problemática social multidimensional necesita de un abordaje holístico, abierto y transdisciplinario para poder ser entendida de una manera coherente.

TÉRMINOS CLAVE

Obesidad; Sociedad; Cultura; Salud pública; Nutrición.

Correspondencia:

Alicia Aguilar
aaguilarmart@uoc.edu

ABSTRACT

Obesity is a disease that straddles medical-nutritional, psychological and socio-cultural

The relationship between lifestyles and obesity is becoming more evident, but not always the public health policies are focused in this light. The aim of this paper is to present an overview of obesity from an open perspective, paying greater attention to the social aspects related to obesity while the nutritional reviewing some aspects of this chronic disease from different perspectives, looking contact points and elements that contribute to a better understanding of this pathology. As a public health and a multidimensional social problem, obesity must be dealt with in a holistic, open and cross-disciplinary manner to ensure that it can be understood coherently.

KEYWORDS

Obesity, Society, Culture, Public Health.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es hoy en día una situación corporal que cabalga entre los límites de lo médico-nutricional, lo psicológico y lo socio-cultural. El hecho de ser obeso o no, afecta transversalmente a los individuos y a las sociedades, en base tanto a la construcción de los discursos socioculturales (a menudo con una fuerte carga moral) y, sobre todo, en los últimos años, en base a los

parámetros analíticos y de actuación creados y puestos en práctica particularmente desde el campo de la salud pública. La investigación sobre obesidad ha crecido notablemente en los últimos 20 años y, en países del sur europeo como España, ha supuesto una aportación importante en el conjunto de la Unión Europea¹.

La obesidad es considerada hoy en día una enfermedad de gran prevalencia y, en buena parte de casos, crónica, pero al mismo tiempo con un fuerte componente social, de estilo de vida y de hábitos alimentarios. El objetivo de este artículo es revisar algunas de estas cuestiones, buscando ejemplos en el marco del contexto actual europeo del sur, y desde diferentes puntos de vista: médico-nutricional, psicológico, pero sobre todo bajo una perspectiva social y cultural, buscando tanto nuevas perspectivas de análisis como puntos de contacto y elementos de comprensión y de acción común.

LA OBESIDAD COMO PROBLEMA: ENTRE LO INDIVIDUAL Y LO PÚBLICO, ENTRE LO BIOLÓGICO Y LO SOCIAL

La consideración de la obesidad como un problema de carácter médico lleva ya varias décadas siendo un foco principal de investigación. Ya a finales de los años setenta, Garrow y Warwick² señalaban que "la obesidad es (hoy) lo suficientemente común como para constituir uno de los problemas médicos y de salud pública de nuestro tiempo". Asimismo, el fenómeno de la obesidad tenía sus consecuencias en base a "una menor esperanza de vida, aumento de la morbilidad o costes para la comunidad en términos económicos y de ansiedad".

En la actualidad, la obesidad es ya considerada como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en occidente y su prevalencia está aumentando tanto en países desarrollados como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. Sin embargo, algunos autores han llamado ya la atención sobre la necesidad de considerar que esta relación establecida entre obesidad y enfermedad varía en función de las poblaciones y debe tener en cuenta diferentes aspectos sociales y medioambientales ligados a distintos niveles de *modernización*³.

Siguiendo a Mennell⁴ y su concepto de "civilización del apetito" en tanto que *domesticación* social del modo de comer, Gracia⁵ señala cómo en los últimos cincuenta años este proceso de civilización se ha intensificado, lo que da como resultado cuatro fenómenos distintos pero estrechamente vinculados: el establecimiento del peso corporal ideal y las normas dietéticas; la construcción

de la delgadez como un atributo de la salud y de la distinción social; el reconocimiento de la obesidad como una enfermedad; y la transformación de la salud y el cuerpo en factores socioeconómicos y, por lo tanto, en oportunidades de negocio.

Podemos añadir que los dos primeros fenómenos mencionados han influido también en gran manera en la creación de un patrón estético ideal "occidental" que ensalza la delgadez como modelo a seguir y que marca en nuestras sociedades la pauta cultural de lo que es un cuerpo atractivo y de lo que no lo es. Dicho proceso, por su parte, favorece el conflicto de carácter social y psicológico en aquellos individuos que se apartan de la norma establecida. Como expresa De Garine⁶, el concepto de cuerpo establecido es muy difícil de conseguir y de mantener en el marco de unos estilos de vida como los que se dan actualmente en nuestros contextos urbanos e industrializados; y estas situaciones llevan a los sujetos a un estado patológico y culturalmente estigmatizado que es difícil de superar. Como señala asimismo Counihan⁷: "En las sociedades occidentales, la obesidad es inequívocamente negativa: en términos estéticos, morales y de salud".

Algunos elementos más vienen a sumarse a esta reflexión. Por un lado, y tal como ha señalado Herrera⁸, nos encontramos hoy en día ante un proceso de responsabilización individual de la enfermedad y de sus costes sociales. En este sentido, vemos como el individuo que se ha apartado de la norma teniendo la posibilidad de elegir, recibe socialmente la responsabilidad de su propia enfermedad: de no haber hecho todo lo posible por estar a salvo de ella y, por lo tanto, de suponer un coste económico para la salud pública.

La posibilidad del individuo para elegir su tipo de alimentación marca, por lo tanto, el canon de comportamiento social (principalmente urbano), así como el desarrollo de las políticas de salud pública nutricional. Sin embargo, algunos expertos han puesto de manifiesto que las diferencias socioeconómicas, educacionales y de acceso a la información pueden limitar claramente la capacidad para elegir de manera adecuada⁹. Por otro lado, hoy en día es casi reiterativo recordar que en las últimas décadas, los cambios económicos y laborales, sociales o demográficos han provocado modificaciones en la dieta y en los estilos de vida que han afectado las bases mismas de nuestra forma de vivir y de alimentarnos: incremento de la población urbana; aumento del sector económico terciario y, en consecuencia, menor ejercicio físico; reducción de la familia y de la habitación extensa e incor-

poración al mundo laboral de todos los miembros adultos de la familia nuclear; modificaciones en la jornada laboral y mayores desplazamientos; menor tiempo para dedicar en las tareas domésticas y, por lo tanto, a la cocina; enriquecimiento calórico y lipídico de las ingestas diarias; mayor ingesta de alimentos procesados industrialmente y rutinas cotidianas que favorecen el consumo de comida procesada, lipídica y barata; mayor número de comidas fuera de casa; menor conocimiento y control sobre las diferentes etapas que un alimento recorre en la cadena alimentaria... No es necesario continuar. A ello podemos añadir una situación de crisis socioeconómica como la actual, que ha afectado más a aquellas capas sociales con menor poder adquisitivo que al resto¹⁰.

Estos contextos cambiantes y en cierta medida *deestructuradores* han dado lugar a nuevas necesidades sociales, laborales e individuales y, en este mismo sentido, a nuevas pautas alimenticias a todos los niveles. Y las sociedades obesogénicas (aquellas que presentan una tendencia creciente a la obesidad, entendida ésta desde la perspectiva de la salud pública) son también un resultado de ello.

Actualmente, la reducción de los niveles de actividad física y un incremento de la ingesta son las dos causas principales de obesidad, favoreciendo un balance energético positivo. Influyen, no obstante, otros factores, como el perfil genético o el tipo de microbiota intestinal, que explican las diferencias interindividuales en términos de gasto energético y capacidad de almacenamiento de energía en respuesta a los nutrientes de la dieta^{9,11,12}.

La morbilidad, desde un punto de vista médico, va más allá de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o los problemas cardiovasculares¹³⁻¹⁵. Supone también un factor de riesgo importante en la aparición de distintos tipos de cánceres e influye en la planificación del tratamiento de los mismos por los riesgos quirúrgicos que conlleva¹⁶⁻¹⁸.

La obesidad supone además un importante deterioro en la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud y parece existir una relación directamente proporcional entre el índice de masa corporal (IMC) y el grado de deterioro de la calidad de vida¹⁹.

A pesar de que, como señalan algunos autores²⁰, la obesidad es percibida por los propios afectados como un problema con mayor impacto sobre el funcionamiento físico (limitación de actividad, problemas músculo esqueléticos, respiratorios, dolor corporal,...) que sobre aspectos psicológicos (depresión, insatisfacción

corporal, baja autoestima, calidad de vida sexual...) o sociales, la actuación específica sobre los aspectos psicosociales tiene una influencia directa, no solamente sobre la calidad de vida en general, sino también sobre las problemáticas de carácter médico²¹. Este tipo de actuaciones son especialmente necesarias en el caso de las mujeres o de los individuos con mayor sobrepeso puesto que son los que reconocen verse más afectados social y psicológicamente²⁰.

Por consiguiente, las personas obesas se enfrentan hoy en día al reto de la pérdida de peso para mejorar, no sólo sus problemas físicos, si no también aspectos numerosos aspectos psicosociales^{22,23}.

LA EUROPA DEL SUR COMO CONTEXTO

La relación entre los estilos de vida y la obesidad entendida como problema de salud pública es evidente. Tal y como decíamos más arriba, nuestras sociedades se encuentran en procesos de cambio acelerados y *deestructuradores*. Pero hay que destacar claramente que el cambio, la evolución, son aspectos inherentes a la cultura y, si bien podemos incidir de alguna manera en la dirección del cambio, la complejidad de fuerzas e intereses es también notable.

En los países de la Europa del sur (aunque no únicamente), la Dieta Mediterránea ha sido señalada frecuentemente como un estilo de vida saludable y a ser promocionado en relación con la salud pública, entre ellos, el de la obesidad, haciendo un especial énfasis en la frugalidad, la moderación y en el mantenimiento de un estilo de vida activo²⁴.

En países de tradición mediterránea como España²⁵, la obesidad está alcanzando cifras de prevalencia de alrededor del 25%, una de las más significativas de Europa. Estudios específicos sobre obesidad infantil confirman esta tendencia al alza y revelan una mayor prevalencia en la zona sur de Europa (hasta el 20%) que en la zona norte (menos del 5%), situándose en cabeza países tan mediterráneos como Italia o Chipre²⁶. Este incremento en la prevalencia de obesidad coincide en el tiempo con el acceso a la *modernidad* de estas sociedades y con una ostensible mejora de sus situaciones socioeconómicas, al menos hasta el momento de recesión actual. Al mismo tiempo, hay que destacar que, en buena parte de los casos, dichas sociedades procedían de contextos culturales en los cuales los problemas de malnutrición eran generalizados y donde la gordura (*fatness*) era considerada en términos estéticamente positivos³.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que ningún elemento que no encuentre su lugar dentro de un sistema culinario determinado podrá implantarse realmente en éste. Así, la potencialidad de las recomendaciones nutricionales institucionales en tanto que parte de un estilo de vida deseable se ve, por tanto, limitada por la misma trayectoria de los valores alimentarios y de las imágenes colectivas que tradicionalmente los acompañan, pero también por los hábitos alimentarios mismos de la población. Un ejemplo de ello puede ser el considerable aumento en las últimas décadas del consumo de carnes rojas por parte de la población española. Mientras que desde un modelo alimentario institucionalmente deseable como el de la dieta mediterránea se destaca que tradicionalmente la sociedad española ha consumido poca carne y llamamos la atención sobre la disminución de adherencia al patrón de dieta Mediterránea que se ha constatado desde los años 60^{27,28}, tendemos a olvidar que si dicho consumo de carnes (especialmente rojas) ha sido históricamente bajo ha sido causa de su escasez y de su alto precio; sin embargo, su valoración a nivel popular ha ocupado siempre un lugar privilegiado e incluso "mitificado" en el nivel de las imágenes sociales relacionadas con la alimentación. De este modo, en un momento histórico en el cual la industria alimentaria nos ha permitido, desde los años setenta, un acceso más fácil y barato a las carnes (en general, y rojas en particular), parece lógico que dicho consumo haya tendido a dispararse, ocupando este alimento, esta vez en cifras positivas, el lugar que históricamente había tomado en negativo, en relación con su escasez²⁹.

La evolución, a nivel social, nunca deja de formar parte del proceso, e incluso marca su vitalidad. La realidad es que determinadas tendencias y tipologías siguen marcando el modo de alimentarnos y, quizás hoy más que nunca, son practicadas y reconocidas como propias por parte de la sociedad en general. Será la vitalidad y el interés de nuestras sociedades en adaptar dichas recomendaciones *socioinstitucionales* al cambio social, dando respuestas válidas a las necesidades actuales, la única manera de mantener útil dicho estilo de vida dentro de los parámetros deseables. El cambio es inevitable; la dirección del cambio puede ser influida.

Así, y en tanto que problemática social multidimensional, la obesidad, en términos generales y en los países de la Europa del sur en particular, necesita de un abordaje holístico³⁰, abierto y transdisciplinario para poder ser entendida de una manera coherente.

CONCLUSIONES

La alimentación humana dista mucho de ser un hecho unidimensional. Como la antropóloga británica Mary Douglas³¹ señalaba hace ya más de treinta años: "la selección de los alimentos es, sin duda, de entre todas las actividades humanas, aquella que se sitúa de manera más desconcertante a caballo entre la naturaleza y cultura. La elección de los alimentos está relacionada con las necesidades del cuerpo, pero también en gran medida con las de la sociedad".

Su complejidad precisa de diferentes miradas, de distintos puntos de vista y de distintos niveles de comprensión. De este modo, y como señala de Garine³², es necesario un abordaje transdisciplinario que pueda permitir una perspectiva integradora y comprensiva.

La obesidad, en tanto que objeto de estudio tanto biomédico como sociocultural³³, no tiene una sola causa ni puede ser abordada mediante un único análisis; por otro lado, varía enormemente dependiendo del nivel de análisis que se lleve a cabo: global o local, general o intrasocial, micro o macroeconómico, micro o macroestructural... Como señala Gracia³⁴: "A pesar de la creciente globalización, la obesidad no afecta de igual modo a todas las poblaciones. (E igualmente) Ni todos los gordos están enfermos, ni todos comemos mal".

Desde el ámbito de la salud pública, dichas dimensiones importan. La articulación de campañas preventivas o correctoras, su incidencia y sus consecuencias dependen de estas premisas. Difícilmente se atacará un posible problema en su totalidad apuntando sólo a uno de sus componentes. Como señala nuevamente Gracia³⁴: "Nos preguntamos hasta que punto, por muy racional que sea este modelo, está siendo eficaz. No deja de ser sorprendente que la tasa de obesidad haya aumentado coincidiendo con el esfuerzo educativo que las autoridades sanitarias han emprendido desde hace décadas para enseñar hábitos de vida saludable, y con el hecho de que la población muestre un conocimiento óptimo de las recomendaciones nutricionales. ¿Donde está, entonces, la utilidad de estas múltiples (y costosas) acciones?".

Es posible que no se precisen más ensayos sobre dietas para tratar la obesidad, sino una apuesta clara y abierta para su prevención. En este sentido, es imprescindible que la educación nutricional incluya algunos cambios de paradigma y que tenga en cuenta la realidad social, económica y cultural de los protagonistas para mejorar la adhesión a las prácticas que se proponen²¹.

La obesidad como problema de salud pública necesita, por lo tanto, de puntos de vista complementarios que puedan ofrecer una visión lo más completa y comprensiva posible de un fenómeno a todas luces complejo.

BIBLIOGRAFÍA

- Vioque J, Ramos JM, Navarrete-Muñoz EM, García De La Hera M. Producción científica española en obesidad a través de PubMed (1988-2007). *Gac Sanit.* 2010; 24 (3): 225-232.
- Garrow JS y Warwick P. *Diet and Obesity*. En: Yudkin, J. Ed. *Diet of Man: Needs and Wants*. Londres, Applied Sciences Publication 1977: 127-144.
- Teti V. *Food and Fatness in Calabria*, En: Garine I y Pollock NJ. Eds. *Social Aspects of Obesity*. Amsterdam, Gordon and Breach, 1995.
- Mennell S. *All manners of food*, Oxford, Basil Blackwell, 1985.
- Gracia M. *Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity*, *Appetite* 2010; 55(2): 219-225.
- Garine I. Preface. En: Garine I y Pollock NJ Eds. *Social Aspects of Obesity*. Amsterdam, Gordon and Breach, 1995: X.
- Counihan C. *Social aspects of obesity and fatness: Conclusion*, En: Garine I. y Pollock N J. Eds. *Social Aspects of Obesity*. Amsterdam, Gordon and Breach, 1995: 302.
- Herrera P. *Del comer al nutrir. La ignorancia ilustrada del comensal moderno*. Madrid, Plaza & Valdés, 2010.
- Blundell JE, Cooling J. *Routes to obesity: phenotypes, food choices and activity*. *Br J Nutr.* 2000; 83 (Suppl.1): 33-38.
- Aguilar A, Fornons D, Medina FX. *Comer en Cataluña en tiempos de crisis: ¿Cambios materiales o cambios conceptuales?* En: González Turmo I Ed. *Respuestas alimentarias a la crisis económica*. Sevilla, International Commission on the Anthropology of Food and Nutrition (ICAF) 2013: 166-197.
- Fava F, Gitau R, Griffin BA, Gibson GR, Tuohy KM, Lovegrove JA. *The type and quantity of dietary fat and carbohydrate alter faecal microbiome and short-chain fatty acid excretion in a metabolic syndrome "at-risk" population*. *Int J Obes* 2012, 13; doi:10.1038/ijo.2012.33 (consultado en 3 de diciembre de 2013).
- Ray K. *Microbiota: Manipulating the microbiota in obesity*. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2012; 9:186.
- Barquera S, Campos-Nonato I, Rojas R, Rivera J. *Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención*, *Gaceta Médica de México*, 2010; 146: 397-407.
- Shoelson SE, Herrero L, Naaz A. *Obesity, inflammation, and insulin resistance*. *Gastroenterol.* 2007, 132; 2169-80.
- Bray GA. *Medical consequences of obesity*. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89: 2583-2589.
- Björge T, Engeland A, Tretli S, Weiderpass E. *Body size in relation to cancer of the uterine corpus in 1 million Norwegian women*. *Int. J. Cancer.* 2007, 15; 120(2):378-83.
- Husting SD, Nunez NP, Varticovski L, Vinson C. *The obesity-cancer link: lessons learned from a fatless mouse*. *Cancer Res.* 2007; 67: 2391-2393.
- Las intervenciones quirúrgicas a personas obesas presentan una mayor morbilidad postoperatoria, pero además presentan un plus de dificultad para el personal médico, especialmente en el momento de la cirugía y, por lo tanto, un posible incremento adicional del riesgo para el paciente (Sole-Sedeño, 2012, *Gynecologic surgery in morbidly obese patients*, Investigación en curso).
- Sullivan MB, Sullivan L.G, Kral JG. *Quality of life assessment in obesity: physical, psychological, and social function*. *Gastroenterol Clin North Am.* 1987; 16: 433-442.
- Trujillo MM, Ramallo Y, Pérez J, Linertova R, González M, Garcia L, Duque B. *Impacto sobre la obesidad en la calidad de vida relacionada con la salud*. *Rev Esp Obes.* 2010; 8 (3): 130-141.
- Hellín D, Navas J, Pujante P. *Planteamientos interdisciplinarios para la educación nutricional de pacientes con obesidad mórbida*. *Nutr. clin. diet. hosp.* 2012; 32 (1): 41-48.
- Vidal J. *Updated review on the benefits of weight loss*. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002; Suppl4: 25-28.
- Rabner JG, Dalton S, Greenstein RJ. *Obesity surgery: dietary and psychosocial expectations and reality*. *Mt Sinai J Med.* 1993, 60: 305-310.
- Bach-Faig A, Berry EM; Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, Medina FX et al. *Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates*. *Public Health Nutrition* 2011; 14(12): 2274-2284.
- Berghöfer A, Pischon, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. *Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review*. *BMC Public Health* 2008; 8: 200-210.
- Ahrens W, Bamann K, Siani A, Buchecker K, De Henauw S, Iacoviello L, A et al, on behalf of the IDEFICS Consortium. *The IDEFICS cohort: design, characteristics and participation in the baseline survey*. *Int J Obes.* 2011; 35:3-15.
- Da Silva R, Bach-Faig A, Raido, B, Buckland G, Daniel M and Serra-Majem L. *Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet in 1961-1965 and 2000-2003* *Public Health Nutrition* 2009; 12(9A): 1676-1684.
- Bach-Faig A, Fuentes-Bol C, Ramos D, Carrasco JL, Roman B, Bertomeu IF, et al. *The Mediterranean diet in Spain: adherence trends during the past two decades using the Mediterranean Adequacy Index* *Public Health Nutrition*, 2010; 1 (1): 1- 7.
- Medina FX. *Cows, Pigs, and... Witches! On Meat, Diet and Food in the Mediterranean Area*. *Estudios del Hombre* 2005; 19: 155-164.
- Ulijaszek S. *Social aspects of obesity and fatness: A Critique*. En: Garine I y Pollock NJ Eds. *Social Aspects of Obesity*. Amsterdam, Gordon and Breach, 1995: 294.
- Douglas M. *Les structures du culinaire*. *Communications* 1979; 31: 145.
- Garine I. *de Anthropologie de l'Alimentation et Pluridisciplinarité*, *Bulletin d'Ecologie Humaine* 1988; VI (2): 21-40.
- Poulain JP. *Sociologie de l'obésité* PUF, col. *Sciences sociales et sociétés* 2009.
- Gracia M. *La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social*. En *Gaceta Médica de México* 2010; 146: 389-396.