

Análisis socioantropológico en pacientes con cirugía bariátrica: estudio preliminar

Julia Navas López

Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro del proyecto interdisciplinario titulado: *Estudio nutricional antropológico en pacientes diagnosticados con obesidad tipo III y IV y sometidos a cirugía bariátrica* que aborda, por un lado, el análisis nutricional e intervencional y, por el otro, el campo de la antropología de la alimentación y de la medicina, englobando entre otros, dos ámbitos modernos dentro de las investigaciones sociales: el estudio de los usos y actitudes hacia los alimentos y el estudio de las percepciones de pacientes y su relación con el profesional sanitario. Este trabajo es un primer análisis, debido a que el estudio aún se encuentra en marcha, se presentan las primeras reflexiones derivadas de la etnografía médica, utilizando herramientas cualitativas que favorecen un acercamiento relacional y holístico que ayudará al abordaje posterior de estos pacientes, desde el punto de vista sanitario y nutricional.

El desarrollo de este trabajo se basa en:

1. El punto de vista de los actores sociales: el personal sanitario y los pacientes. Se pretende dar voz a los encartados en el proceso salud/enfermedad. En cuanto a prestadores y receptores de servicios de salud, queda clara la distinción entre ellos. Los sanitaristas oficiales, los médicos (endocrinos, fundamentalmente), enfermeros, farmacéuticos, etc., en su condición de profesionales con diferencias de formación y grado, serán *mirados* como configuradores de un modelo homogéneo.

2. La medicalización del comportamiento alimentario que se enmarca dentro del proceso de normalización dietética, esto es, de la construcción de un patrón alimentario específico: la llamada *dieta equilibrada*. Los constructos acerca de la regulación del peso corporal ofrecen una información valiosa sobre la naturaleza y los posibles efectos de la práctica médica en el campo concreto de la obesidad, su diagnóstico y tratamiento.

3. Son muchas las investigaciones en torno a la obesidad mórbida y su tratamiento (Alastrue *et al.*, 1999; Padwal *et al.*, 2008) entre el que destaca la cirugía (Schauter y Ikramuddin, 2001; Rubio *et al.*, 2004; Buchwald *et al.*, 2004; Jeffrey *et al.*, 2009). Asimismo, desde el punto de vista clínico, se analizan las repercusiones de este tratamiento (Flum *et al.*, 2005; Sjöström *et al.*, 2007; Tadross y LeRoux, 2009; Mun y Tavallolizadeh, 2009), incluso adentrándose en el manejo y el tratamiento de la “enfermedad” (así es considerada) desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental (Guisado y Vaz, 2002)). Asimismo, escasean investigaciones científicas donde los planteamientos socioculturales sean centrales en estos pacientes, de ahí la necesidad de abordar la cuestión desde este punto de vista. Las reflexiones aquí expuestas son fruto del estudio realizado durante el período comprendido entre febrero y julio de 2009.

La obesidad: una mirada interdisciplinaria

Los planteamientos de la alimentación como problema social, abren una brecha importante que debe ser resuelta, sobre todo cuando la obesidad comienza a considerarse como un grave problema de salud pública. Tradicionalmente, la

Julia Navas López. Departamento Tecnología de Alimentos y Nutrición, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Campus Los Jerónimos s/n 30107 Guadalupe, Murcia (España).
Correo-e: jnavas@pdi.ucam.edu
<http://www.ucam.edu/alimentacion>

antropología se ha aproximado a diversas culturas, pero el estudio de la alimentación se puede considerar reciente. Las influencias socioculturales de las prácticas alimentarias han sido investigadas en diversos colectivos, entre los que destacan los jóvenes (Álvarez *et al.*, 2009), menos son los estudios referidos a patologías tan concretas como la obesidad tipo III y IV desde este ámbito. En la España de los años 60s, ya había signos de sedentismo cuando el acceso a la comida empezaba a ser relativamente fácil, por lo tanto, puede que ya existiera el problema, aunque no lo viéramos. En ese momento, estar gordo no tenía tantas connotaciones negativas y, por supuesto, no estaba relacionado con problemas de salud, sino que, por el contrario, era signo de fácil acceso a alimentos y prosperidad económica. En la actualidad, diversas encuestas sobre las prácticas alimentarias realizadas en países diversos (Ascher, 2005:82-104) demuestran el abandono de los modelos alimentarios tradicionales (Contreras y Gracia, 2005).

Asimismo, la consideración de la obesidad como una enfermedad, debe ser abordada por estudios socioculturales porque se advierte que el sistema de salud actual “construye enfermedades”, como en su día dijo Platón en La República (405-406):

Cuando un carpintero está enfermo pide a su médico un remedio fuerte y rápido... Y si alguien le dice que debe seguir todo un curso de dietética... replicará inmediatamente que no tiene tiempo para enfermarse... Por eso, dice adiós a esa especie de médicos y vuelve a su dieta acostumbrada...

Son muchos los estudios que abordan la obesidad desde su intervención asistencial en patologías asociadas (Chow *et al.*, 2000: 1305-11; Sjöström *et al.*, 2007:477-484; Cerezo, 2005) y desde los determinantes socioantropológicos, demográficos y psicológicos (Badía *et al.*, 2002; Aguirre, 2003; Bisschop *et al.*, 2004) que intervienen en este proceso. De este modo, el acercamiento a la obesidad se plantea desde la pluridisciplinariedad (De Garine y Vargas, 1997; Gard y Wright, 2006). Desde la nutrición, se hace hincapié en la implementación de programas de intervención en el ámbito comunitario, mientras que las prácticas

alimentarias no han podido ser modificadas, como bien lo demuestra el incremento de enfermedades crónicas vinculadas con la obesidad (Moreno, 2006; Lobo, 2007: 437-441; Aranceta-Bartrina, 2005; Barquera, 2006).

Las ciencias sociales se plantean la obesidad como construcciones sociales que varían en función del contexto en que se conforman, adoptando las características de un síndrome delimitado culturalmente y, en este sentido, mejorar los hábitos alimentarios no es tarea fácil. Se pone énfasis en la educación nutricional, pero los estudios sociales advierten que en España existe un buen nivel de apropiación de los discursos nutricionales por parte de la población, reproduciendo las recomendaciones de los expertos. Esta población está satisfecha con su alimentación, ya que considera que es buena y sana al mismo tiempo; las prácticas alimentarias siguen motivadas y condicionadas por diferentes constreñimientos materiales y simbólicos. No parece existir una correspondencia directa entre las recomendaciones dietéticas asumidas por las personas y los consumos realizados (ODELA, 2004 y 2006).

Las estrategias de educación nutricional deben tener en cuenta la realidad social, económica y cultural de sus protagonistas, sus usos, costumbres y preferencias, reconociendo la variedad de circunstancias y situaciones posibles. Las ciencias sociales advierten que en España el peso corporal y la comida se han convertido en un problema social, emergiendo las llamadas *sociedades obesogénicas* (Gracia, 2008). No podemos olvidar que el comer está sometido a la influencia de las normas sociales y las dietéticas, a veces contradictorias (OMS, 2004; Conveny, 2006).

Díaz y Gómez (2008) advierten que lo que se entiende por dieta saludable se manifiesta mutable y contradictorio, sin un aval científico de nutricionistas y expertos alimentarios. La construcción social de este término, al tiempo que es desconcertante para el consumidor, es objeto de estudio por parte de las ciencias sociales. La normalización dietética se concreta en torno a la dieta equilibrada, es decir, en un patrón alimentario basado en prescripciones y restricciones que es designado como

normativización (Gracia, 2007) o *nutridietización* (Navas, 2008), haciendo referencia al conjunto de normas y recomendaciones que tienen el objetivo de modificar el comportamiento alimentario de los sujetos, enmarcándose en aspectos más allá de los puramente nutricionales, cuya finalidad última es la de conseguir cierta homogeneidad alimentaria. La nutridietización supone el refuerzo de factores políticos y económicos presentes en la hegemonía del “comunicador de estos mensajes nutridietizantes”: el experto, dentro del proceso de medicalización del comportamiento alimentario.

Hipótesis

- La aceptación generalizada del origen multifactorial de la obesidad mórbida refuerza las interpretaciones individualizantes con que se aborda su tratamiento, eliminando con ello la comprensión global del trastorno.
- Los factores socioculturales sirven para explicar por qué son mayoritariamente las mujeres las personas que acceden al tratamiento quirúrgico para dar solución al problema.

Objetivos

- Estudiar el contexto cultural en que se desenvuelve el paciente antes y después del tratamiento quirúrgico.
- Analizar las percepciones, las representaciones, la incorporación a la vida social, el proceso de estigmatización y control social antes y después de la intervención.

Metodología

El trabajo se está desarrollando en dos niveles principales: revisión bibliográfica centrada en la literatura socioantropológica y etnografía médica realizada en Murcia (España) sobre representaciones y prácticas del paciente de obesidad tipo III y IV, como base del trabajo de campo.

De este modo, se ha realizado la observación participante durante el seguimiento y control médico de pacientes previos y tras *bypass* gástrico, así como historias de vida a informantes sometidos a tratamiento quirúrgico, que nos permiten articular la realidad de cada vida

personal dentro de su contexto social. Hemos recurrido a ellas sustituyendo a las encuestas de calidad que actualmente se utilizan en el ámbito hospitalario (Regidor *et al.*, 1999; Rebollo *et al.*, 2000; Guitera *et al.*, 2002; Quintana *et al.*, 2003). Las encuestas de calidad cuantifican emociones y adolecen de ciertas informaciones que sólo la técnica antropológica consigue a través de la perspectiva *emic*.

Selección de casos

Para la obtención de los casos a incluir en el estudio, se realiza una entrevista breve inicial que permite observar, por un lado, la disposición del informante y, por otro, la diversidad de creencias, opiniones y experiencias que dan lugar a perspectivas diversificadas que aportan la mayoría de los elementos del fenómeno de estudio.

Durante la entrevista personal en consulta se exponen los objetivos del estudio y tras la firma del consentimiento informado quedan incluidos como casos. Para el estudio socioantropológico se escogieron siete pacientes voluntarios de ambos sexos que iban apenas a ser intervenidos mediante *bypass* gástrico laparoscópico en el Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” de Murcia y, por otro, cinco pacientes voluntarios de ambos sexos ya sometidos a cirugía bariátrica, tras tres meses de la intervención. Su edad oscila entre los 34 y los 50 años. Los casos no pretenden ser una muestra estadística, sino, a través de ellos, buscar elementos que detallarán el fenómeno estudiado, favoreciendo la “significatividad” de su experiencia, antes que la representatividad.

Tras la selección de los pacientes, la observación participante se realizó exclusivamente en el ámbito hospitalario, en las sucesivas consultas y en la sala de espera, junto con otros pacientes, durante los meses de febrero a junio. Hemos recurrido a ella con el objetivo de conocer las respuestas a las pautas alimentarias dirigidas e impuestas, el transcurso de la vida cotidiana en una institución de atención hospitalaria y la aplicación y respuestas al modelo de intervención médica.

Las historias de vida fueron realizadas a pacientes tres meses después de su intervención. También

en este contexto, previa entrevista concertada, se trabajó en varias sesiones, registrándose una media de dos horas de grabación efectiva por informante. Se evitó realizar historias de vida rápidas, dado que acostumbran dar respuestas estereotipadas. La amplitud de estos relatos ha estado en función de las capacidades narrativas de los informantes y de sus condiciones personales. Este material se ha transcrito de forma literal y ha sido vaciado por ítems mediante la ficha resumen y la cita textual. El guión para las historias de vida incorporó cinco temas focales, incluyendo: las experiencias con la comida; las relaciones interpersonales (familiares, amigos, compañeros); la percepción de la enfermedad; el ideal corporal social y estético; y la percepción del tratamiento médico seguido. Cada tema permite evaluar aspectos como la significación social de la comida (dietas y abusos), los significados de la imagen corporal y las posiciones subjetivas en relación con lo que se consideran las “presiones culturales”, roles y éxito social, desestructuración alimentaria, estigmatización del paciente y efectos de la medicalización de la obesidad.

Paralelamente, durante los meses de mayo a junio se realizaron dos grupos de discusión, donde intervinieron los pacientes voluntarios seleccionados para la observación participante, algunos de sus familiares y del personal sanitario. El número de participantes fue:

Grupo 1, integrado por seis personas (tres pacientes, un endocrino, madre de paciente, hermano de paciente),

Grupo 2, integrado por ocho personas (cinco pacientes, dos madres pacientes, un nutricionista). Las preguntas realizadas se agruparon en tres temas focales: preferencias y aversiones alimentarias, relaciones interpersonales alrededor de la comida, percepción de su enfermedad antes y después del tratamiento.

El Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” de cuenta con una Unidad de Obesidad (la primera reconocida en España), compuesta por dos endocrinos, un enfermero y un nutricionista. Es la encargada de llevar a cabo el estudio médico-nutricional de pacientes que van a ser sometidos a

cirugía bariátrica.¹ Asimismo, se encarga del seguimiento de los pacientes tras intervención. La evolución de la laparoscopia (mínimamente invasiva), así como de otras técnicas que han mejorado los resultados quirúrgicos, junto con la esperanza de contrarrestar los enormes costos de las co-morbilidades relacionadas con la obesidad, han llevado a un gran aumento del número de pacientes que buscan intervención quirúrgica con el fin de encontrar un medio efectivo y permanente de pérdida de peso (Courcoulas, 2004; MSNBC News Online, 2004).

Resultados y discusión

El trabajo de campo dejó claro que la mayoría de pacientes recurren a otros tratamientos hasta que optan por la cirugía. Lo mismo refiere la bibliografía (Whitsett *et al.*, 2006; Pedersen *et al.*, 2008; González, 2008: 489). En los últimos años, el número de intervenciones realizadas en la Región de Murcia ha ido en aumento, llevándose a cabo en la actualidad una media de dos intervenciones semanales en el Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca”, siendo mujeres el mayor número de pacientes objeto de dichas intervenciones. Como consecuencia, los pacientes sufren una disminución drástica de su capacidad para absorber los nutrientes, que les obliga a cuidar su alimentación y a consumir suplementos vitamínicos y minerales. Se va asentando el proceso de medicalización que continúa hasta los dos años de la intervención quirúrgica.

Las hipótesis se han ido verificando a lo largo de nuestro trabajo. El proceso de medicalización que acompaña a la obesidad mórbida favorece la interpretación individualizante e, incluso, para algunos informantes, la explicación psicopatológica de su enfermedad, eliminando la comprensión global del trastorno. Se olvida, por tanto, la conceptualización de la obesidad mórbida como enfermedad moderna y vinculada a un contexto cultural específico. El proceso de

¹ Por fracaso del tratamiento médico; IMC > 40 kg/m²; obesos con IMC entre 35 y 40 kg/m² con patología asociada de relevancia médica como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones

medicalización en estos pacientes se presenta como mecanismo idóneo de inclusión y exclusión social. Los resultados advierten, por un lado, el posible acoso a estos pacientes desde una óptica basada en el grupo y en el entorno que consiente, presentándose perfiles claros de “sociedad obesogénica” y “víctima obesa”.

En el mismo sentido, el análisis multidimensional demuestra que en la visión predominante de estos pacientes aparecen conceptos tales como factores de riesgo y estilos de vida, que tienden a ocultar la complejidad de procesos sociales y a delegar la responsabilidad de cada individuo por su salud. Esto último permite, en consecuencia, legitimar las expectativas de las instituciones de la salud

Aunque el miedo a engordar y a padecer otras enfermedades derivadas de la obesidad son ideas recurrentes en las personas estudiadas, el ideal de delgadez no constituye la causa principal por la que se accede al tratamiento. Es el ideal de la “normalidad corporal” el que motiva el acceso a la cirugía. Y, en este sentido, no se identificó discrepancia entre conocimientos y prácticas alimentarias, control de peso y riesgos percibidos o expectativas sobre la imagen corporal. Igualmente, esta normalidad corporal a la que aluden los informantes es percibida como la causante de una mejor reintegración a la vida social e incluso, laboral. Algunos afirman que continúan percibiendo cierta estigmatización de su imagen corporal anterior cuando llegan a la normalidad y esto les provoca un mayor miedo a engordar.

Asimismo, las ideas de género asociadas a la construcción de la identidad social, sexual y del rol corporal, junto con las responsabilidades y valores asumidos respecto a la comida, hacen de la mujer un candidato más frecuente al tratamiento quirúrgico, tras agotar otras vías posibles de solución al problema.

La etnografía pone de manifiesto los siguientes ítems: la cuestión de la salud, la obesidad como problema médico y social, la medicalización de la obesidad reforzada por la idea de que “la glotonería es perjudicial para la salud”. A continuación exponemos a modo de ensayo

algunas de las reflexiones que van a acompañar a la información extraída de la etnografía.

Una cuestión de salud

En el marco alimentario, entendemos el proceso de enfermar y curarse como estructura social y estructura de significado. La estructura queda referida a una construcción metodológica y no como una “realidad”. El actor, en este esquema, se convierte en unidad de descripción y análisis a la vez que en agente transformador, productor y reproductor. Los significados culturales de los padecimientos se entienden articulados con la estructura social (Menéndez, 1996). La aproximación a los estados de salud y enfermedad relacionados con diversas pautas alimentarias pone de manifiesto la necesidad del análisis de los cuidados desde un punto de vista social y cultural.

La verdad es que te sientes una enferma... yo sentía que todo el mundo me miraba y decía: esta mujer no se cuida nada, debería cuidarse... Ahora que estoy adelgazando me siento una mujer nueva (informante tras tres meses de intervención quirúrgica, 48 años)

En este sentido, al tomar en consideración las percepciones, las representaciones y las creencias de los pacientes, se muestra el sistema biomédico imperante y las teorías, saberes y prácticas culturales relacionadas con determinadas enfermedades y su curación.

... da gusto que se interesen por ti, pero no desde el punto de vista médico, en el fondo nos sentimos números a investigar... medidas de peso, anchos... etcétera, para llegar aquí hemos sufrido mucho, y es lo que la gente no entiende, la sociedad margina, aunque digan que no lo hacen (informante en lista para intervención quirúrgica, 52 años, IMC: 36 kg/m²)

La obesidad como problema médico y social

La problemática del paciente con obesidad mórbida y extrema plantea la necesidad del análisis desde la perspectiva del propio paciente

en dos aspectos esenciales. En primer lugar, en su relación con una alimentación que engloba aspectos de su cotidianidad y su relación interpersonal. Qué siente cuando come, cuando la mayoría de las celebraciones se plantean alrededor de una comida. En segundo lugar, la relación entre la percepción de riesgo que el individuo tiene de su situación y la que tiene de ella el experto. El paciente con este tipo de obesidad se enfrenta a una sociedad donde la población muestra un claro apoyo hacia aquellas políticas y estrategias encaminadas a la prevención. Además, las investigaciones sobre las percepciones acerca de la prevalencia, gravedad y cronicidad de la obesidad advierten de un claro proceso de estigmatización (Brow, 1987; Brown, 1991; Cassell, 1995; Caldararo, 2003;) que se agrava en los pacientes con este tipo de obesidad.

La estigmatización de las personas con exceso de peso deriva en numerosos análisis de la cuestión: padecimiento de baja autoestima, dificultades en las relaciones interpersonales, disminución de la calidad de vida, posible discriminación en determinadas actividades socioculturales e incluso en la búsqueda de empleo (Friedman, 1995; Van Gemert, 1998; Hilbert, 2008; Kelli, 2008).

... tu físico te señala por donde quiera que vayas... no se entiende que tengas un problema de tiroides y que hayas engordado por una enfermedad... estás muy, muy gorda y punto (informante en lista para intervención quirúrgica, 28 años, IMC: 37 kg/m²)

La información obtenida permite vislumbrar el fenómeno de un posible acoso a estos pacientes desde una óptica basada en el grupo y en el entorno que consiente, presentándose unos claros perfiles de “sociedad obesogénica” y “víctima obesa”. En estos pacientes, la medicalización se presenta como mecanismo idóneo de inclusión y exclusión social (Vinyamata, 2003).

... cuando sales a la calle y ya te estás imaginando lo que piensan, y si te ven en una terraza tomando algo, entonces te avergüenzas más... a mí nadie me ha dicho nunca nada, pero es que te lo imaginas, no sé, es una sensación

horrible... a veces he dicho no a salir a cenar con amigos por esa razón... (informante en lista para intervención quirúrgica, 35 años, IMC: 40 kg/m²)

yo recuerdo no bajar a la playa por esa razón, al final te privas de cosas que ahora estoy disfrutando... ahora ya no me miran tanto, aunque todavía me queda, pero ya estoy dentro de lo normal, algún michelín que otro pero no pasa nada (informante después de trece meses de intervención, 42 años)

El análisis de la rehabilitación social debe partir del estudio de esta estigmatización, puede aportar explicaciones a las recidivas de determinados pacientes o a la completa adaptación tras el tratamiento. Conocer cuáles son los factores socioculturales que inciden antes y después de la medicalización del paciente resulta esencial tanto para la prevención y promoción de la salud, como para su posterior rehabilitación.

Después de mi fracaso en la primera intervención... tuve dos estenosis, me preocupaba quedarme delgada, pero con una calidad de vida fatal... entonces estas preocupaciones, no sé, me hacían intentar comer más... ya ves, encontrándome tan mal, y yo pensando en la comida... si no llega a ser porque no me pasaba el alimento, seguro que hubiera engordado otra vez (informante tras tres meses de intervención quirúrgica, 48 años)

... hace ya bastante tiempo que me operé, pero volví a coger de golpe casi 10 kilos, porque ya había pasado la intervención, me encontraba relajada y pensaba que nunca volvería a estar gorda... pero, por otros problemas con una relación, bueno, con problemas en la vida, volvía a coger peso... (informante dada de alta tras dos años de la intervención, 43 años)

La incorporación a la cotidianidad de estos pacientes supone la reanudación de la dieta habitual. El argumento experto más consolidado: hay que seguir una dieta equilibrada y la actividad

social es la más idónea si el sujeto se sitúa en normo-peso (Ascher, 2005).

... además de la operación, lo bueno es que me han enseñado a comer mejor... ya tomo más frutas y verduras y, sobre todo, me han enseñado a que tengo que comer menos cantidad... la verdad, es que antes era una glotona (informante tras tres meses de intervención quirúrgica, 48 años).

La glotonería es perjudicial para la salud

En la problematización de la gordura han intervenido criterios culturales vinculados con el menosprecio de la glotonería, dando valor a la delgadez corporal. Pero, no siempre esto ha sido así (Gracia 2007: 237-239). La medicalización de esta situación se sitúa cercana a cierta moralización, por un lado, del experto a través de la prescripción de normas alimentarias y, por otro, del obeso que en todo momento se siente culpabilizado.

... en el fondo, a mí me da vergüenza porque sé que sólo yo me he buscado esta situación, no lo voy a negar, pero es que no podía evitarlo, eran cada vez más kilos y kilos... Claro que me siento culpable... (informante en lista para intervención quirúrgica, 47 años, IMC 37.2 kg/m²).

... cuando el médico me dice lo que tengo que comer, yo, la verdad, es que agradezco el trato, y cuando no lo cumplo, me siento muy, muy culpable (informante en lista para intervención quirúrgica, 35 años, IMC: 40 kg/m²).

... pero el médico te prescribe una dieta pero no sabe lo que cuesta... ¿Qué si me siento culpable cuando no hago lo que dice? Sí que me siento culpable... (informante en lista para intervención quirúrgica, 47 años, IMC 37.2 kg/m²).

Son muchos los estudios dedicados a la normalización dietética (dieta equilibrada), como el llamado “tratamiento intensivo individual o grupal repetido en forma de múltiples sesiones”

(hasta 30 sesiones de 90 minutos a lo largo de un año), que es capaz de duplicar la pérdida de peso (-12,1kg) (Wadden, 2007: 2226-2238). Se apela a la responsabilidad individual avalado por el experto.

Somos nosotros los que únicamente nos curamos una vez que te operan... ya no podemos comer como antes y debemos seguir lo que nos diga el médico... (informante tras tres meses de intervención quirúrgica, 48 años).

Conclusiones

En la actualidad, la emergencia del tema de la obesidad y sus riesgos son vistos como un problema de salud objeto de atención prioritaria. Los testimonios proporcionados por pacientes de obesidad tipo III y IV permiten observar que se trata de un fenómeno complejo que transita a través de múltiples dimensiones. Sus prácticas alimentarias no escapan de los determinantes que rigen las dinámicas de desarrollo global y, por lo mismo, los problemas actuales son consecuencia de los ritmos que impone el contexto económico, político y sociocultural. Como no podemos esperar cambios estructurales en los desequilibrios alimentarios globales, por lo menos a corto plazo, sí podemos establecer estrategias preventivas individuales en este colectivo. Y esto será posible, si tenemos en cuenta las percepciones recogidas en este estudio para poner en marcha un programa de educación nutricional antes y después de la intervención quirúrgica.

Aunque la continuación del trabajo de campo nos permitirá perfilar las distintas cuestiones sobre el paciente con obesidad mórbida y extrema, la elaboración de un programa de educación nutricional antes y después de su intervención, se hace prioritario, proponiendo una mirada algo distinta de este problema o lo que es lo mismo, un abordaje menos psicopatologizado. El hilo argumental de base es simple: la obesidad es una construcción social y como tal hay que abordarla, independientemente de sus categorías biomédicas.

A este respecto, es importante la combinación cualitativa-cuantitativa en las investigaciones con el objetivo de facilitar la elaboración de un

programa de educación nutricional que se adapte a las necesidades individuales reales en su cotidianidad. De este modo, las pautas nutricionales planteadas por el experto tendrán presente las percepciones que tiene el propio individuo de su situación. Estas percepciones y representaciones nos introducen en un proceso de medicalización que, a su vez, se manifiesta como un claro mecanismo idóneo de inclusión y exclusión social que actúa como motivador en la iniciación del tratamiento. Y, en este sentido, los informantes advierten la presión del grupo con claros perfiles de “sociedad obesogénica” y “víctima obesa”. De esta forma, los factores socioculturales son imprescindibles para dar paso al nacimiento de una patología como la obesidad y los individuos que superan la categorización biomédica pasan a ser enfermos, cuando el marco nosológico de la medicina lo permite. Es en este momento cuando las instituciones toman responsabilidades en el comportamiento alimentario del individuo, legitimándose a sí mismas.

Uno de los aspectos más importantes a incluir en el programa nutricional es el ideal de “normalidad corporal” que alienta el acceso al tratamiento quirúrgico. ¿Cuál es la percepción corporal de cada uno de los futuros pacientes y su influencia en las relaciones sociales? Lo que es normal o no viene establecido claramente por unos cánones biomédicos, pero no podemos olvidar la mayor frecuencia de mujeres en el programa. En relación con el género, las razones de por qué acceden más mujeres que hombres se deben a dos cuestiones principales. En primer lugar, tiene que ver con la posición diferencial que las mujeres han ocupado respecto a los hombres en relación con la construcción de la identidad social, sexual y el rol corporal y, en segundo lugar, con las responsabilidades y valores asumidos respecto a la comida.

Por lo tanto, incluir en el programa el análisis de las percepciones, las representaciones, la incorporación a la vida social, el proceso de estigmatización y control social antes y después de la intervención parece prioritario. Pero también lo es la elección de la herramienta metodológica adecuada, y es en este estudio donde se resalta la validez de las técnicas antropológicas

(observación participante, historias de vida y grupos focales), que consiguen información desde una perspectiva *emic*. De este modo, desde este trabajo preliminar elegimos las historias de vida para recoger futuras informaciones en este tipo de paciente. Esta técnica se diferencia claramente de las encuestas de calidad que hasta ahora se están llevando a cabo en hospitales y que tan sólo cuantifican emociones y adolecen de ciertas informaciones que sólo la técnica antropológica consigue. Pero, por otro lado, debemos resaltar que esta metodología supone ampliar el tiempo dedicado por paciente, con lo que eso conlleva en la planificación de los servicios hospitalarios.

De esta forma, la relación con la alimentación y con las pautas nutricionales planteadas por el experto nutricionista será más efectiva si adoptamos su manera de pensar y sentir la comida. ¿Qué siente cuando come, cuando la mayoría de las celebraciones se plantean alrededor de una comida? ¿Qué siente cuando tiene que seguir las prescripciones del experto? y ¿Qué siente cuando su cuerpo es estigmatizado en su vida cotidiana? Las prácticas que no sólo en apariencia sean nocivas para la salud se han de tomar, también, como aspectos de la vida cultural y condicionada por factores socioculturales. En este proyecto el enfoque interdisciplinario contribuirá a una mejor comprensión teórica y práctica de este problema y, en particular, de su naturaleza y de sus dimensiones sociales.

Referencias

- Aguirre, P. (2003), Gordos de Escasez, las consecuencias de la cocina de la pobreza. En: *La cocina como Patrimonio (in) tangible*. Primeras Jornadas de Patrimonio Gastronómico. Secretaría de Cultura de la Ciudad de Buenos Aires.
- Alastrue A, Rull M, Forminguera X, Broggi MA.(1999), Tratamiento quirúrgico de la obesidad. *Nutrición y Obesidad* ;2:179-178.
- Álvarez, G., Eroza, J. y Ramírez, Cl. (2009), “Diagnóstico sociocultural de la alimentación de los jóvenes en Comitán, Chiapas”, *Medicina Social*, vol 4, nº1:35-51.
- Aranceta- Bartrina, J.(2005), “Prevalencia de obesidad en España”, *Med Clin*, 125 (12): 460-466.
- Ascher, F. (2005), *Le mangeur hypermoderne*: Odile Jacob, París.

- Badía, X. *et al.* (2002), *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Edimac (Fundación Lilly), Barcelona.
- Barona, J.L. (2008), "Nutrition and Health. The International Context During Inter-war Crisis", *Social History of Medicine*, vol. 21, n° 1, pp. 87-105
- Barquera, S. (2006), *Sobrepeso y obesidad*: Instituto de Salud Pública, México.
- Bisschop, M.I. *et al.* (2004), "Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources". *Soc Sci Med*, 59(4):721-33.
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, *et al.* (2004) Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*; 292:1724-37.
- Brow, P.J and Konner, M. (1987), "An Anthropological perspective on obesity", *Annals of the New York Academy of Sciences*. 499: 29-46.
- Brown, P. (1991): Culture and the evolution of obesity. *Human Nature*. Vol.2, n°1: 31-57.
- Cassell, J. (1995), "Social Anthropology and Nutrition. A different look at obesity in America", *Journal of the American Dietetic Association*. Vol 95, 4:424-427.
- Cerezo, J. *et al.* (2005), *Diabetes y Obesidad en la población adulta de la Región de Murcia*: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Murcia. Serie Informes n° 40.
- Chow, W.H. *et al.* (2000), "Obesity, hipertensión and the risk of kidney cancer in men", *N Engl J Med*, 343: 1305-1311.
- Contreras, J y Gracia, M. (2005), *Alimentación y Cultura. Perspectivas antropológicas*: Ariel, Barcelona.
- Conveney, J. (2006), *Food. Morals and meaning*: Routledge, Londres.
- Courcoulas AP. "The evolution of surgery for obesity: past, present, & future", *WLS Lifestyles, Spring*, 1(1):20-21.
- De Garine y Vargas L.A. (1997), "Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición", *Cuadernos de Nutrición*, México, 21-28.
- Díaz, C., y Gómez, C. (2008), *Alimentación, Consumo y Salud*. Colección Estudios Sociales. N°24. Obra Social Fundación "La Caixa", Barcelona.
- Flum DR, Salem L, Elrod JA, Dellinger EP, Cheadle A, Chan L. (2005), Early mortality among Medicare beneficiaries undergoing bariatric surgical procedures. *JAMA*; 294:1903-8.
- Friedman, M., and Brownell, K. (1995), "Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation", *Psych Bull*, 117: 3-20.
- Gard, M. and Wright, J. (2006), *The obesity epidemic. Science, morality and ideology*: Routledge, Londres.
- González, E. (2008), "Política farmacéutica saludable", *Salud Pública de México*, 50 supl 4:S488-S495.
- Gracia, M. (2007), "Comer bien, comer mal: la medicalización de la alimentación", *Salud Pública México*, vol. 49, 3: 236-242.
- (2008): "La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social". *Rev. Nutrición*. 5 (24).
- Guisado, J.A. y Vaz, F. (2002), "Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida" *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*;29(2):85-94.
- Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. (2002), "Quality of life in chronic daily headache: a study in a general population", *Neurology*;58:1062-5.
- Hilbert, A. *et al.* (2008), "Stigmatizing Attitudes Toward Obesity in a Representative Population-based Sample", *Obesity*, 16 7, 1529–1534.
- Jeffrey I. *et al.* Perioperative Bariatric Guidelines obesity 2009; | Vol 17 (Supl1).
- Kelli E. *et al.* (2008), "Recent Experiences of Weight-based Stigmatization in a Weight Loss Surgery Population: Psychological and Behavioral Correlates", *Obesity*, 16, S69–S74.
- Lobo, F. (2007), "Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad", *Rev Esp Salud Pública*, 81: 437-441.
- Menéndez, E. (1996), "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular." En: J. A. González y S. Rodríguez (eds.) *Creer y curar: la medicina popular*. Diputación Provincial de Granada, Granada (pp. 31-61)
- Moreno, B. (2006), "Guerra contra la obesidad", *Rev Esp Obes*, 4 (4): 191 – 192.
- MSNBC News Online. Medicare backs gastric bypass for weight loss. Updated July 20, 2004. Accessed July 21, 2004. www.msnbc.com/id/5469347. Associated Press. Obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study", *Obes Res*, 13: 1961-1969.
- Navas, J. (2008): La educación nutricional en el contexto social y cultural. *Rev. Nutrición Comunitaria*. 14: 22-28.
- Observatorio de la Alimentación (ODELA) (2004): *La alimentación y sus circunstancias*. Barcelona. Alimentaria. Exhibitions.
- (2006): *Comemos como vivimos*. Barcelona. Alimentaria Exhibitions.
- Organización Mundial de la Salud, (2004), 57ª Asamblea Mundial de la Salud. *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. OMS.
- Padwal R, Rucker D, Li S, Curioni C, Lau DCW, (2008) Long-term pharmacotherapy for Obesity and overweight. *rev.*
- Pedersen, S. B. *et al.* (2008), "Low Sirt1 expression, which is upregulated by fasting, in human adipose

tissue from obese women”, *International Journal of Obesity*, 32, 1250-1255

Periodista digital (24-10-08)

Quintana JM, Arostegui I, Cabriada J, López I, Perdigo L. (2003), “Predictors of improvement in health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy”, *Br J Surg*, 90: 1549-55.

Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Badia X, Álvarez-Ude F, Díaz-Corte C, *et al.* (2000), “Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it”, *Clin Transplant.*;14:199-207.

Regidor E, Barrio G, De la Fuente L, Domingo A, Rodríguez C, Alonso J.(1999), “Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults”, *J Epidemiol Community Health*;53:75-82.

Rubio, M. (2009), “Adelgazar en compañía”, *Revista Española de Obesidad*, vol 7, nº1, 7-9.

Schauter PR, Ikramuddin S. (2001), “Laparoscopic surgery for morbid obesity”. *Surg Clin N Am* 2001; 81:1145-79.

Sjöström, C.D *et al.* (2007), “Reduction in Incidence of Diabetes, Hypertension and Lipid Disturbances after Intentional Weight Loss Induced by Bariatric Surgery: the SOS Intervention Study”, *Obes Res*, 7 (5): 477-484.

Sjöström, L. *et al.*(2007), Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects august 23, vol. 357 no. 8.

Tadross JA and Le Roux CW.(2009), The mechanisms of weight loss after bariatric surgery *International Journal of Obesity*; 33, S28–S32.

Van Gemert, W.G. *et al.* (1998), “Psychological function of morbidly obese patients after surgical treatment”, *Int J Obes*, 22: 393-8.

Vinyamata Camp, Eduard. “Tratamiento y transformación de conflictos “. Barcelona. Ariel, 2003.

Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology* 2007; 132: 2226-38.

Whitsett, T. *et al.* (2006), “Resveratrol, but not EGCG, in the diet suppresses DMBA- induced mammary cancer in rats”, *Journal of Carcinogenesis*, 10, 1186: 5-15



Medicina Social

Salud Para Todos