



## 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 Lluïsa 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

















































































































































































































































































































































































































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)<sup>97</sup>.

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,

<sup>97</sup> 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)<sup>98</sup>, 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)

<sup>98</sup> 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 obeses. 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 obeses, 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 obèsitat)

Sense ànim de ser pessimista, voldria assenyalar que les estratègies i campanyes destinades a la prevenció del sobrepès i l'obèsitat, 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'obèsitat 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)<sup>99</sup>

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*

---

<sup>99</sup> [http://www.seedo.es/images/site/Dia\\_de\\_la\\_Persona\\_Obesa.pdf](http://www.seedo.es/images/site/Dia_de_la_Persona_Obesa.pdf) (consultat 23-01-2015)

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."*<sup>100</sup>

Cal tenir present, però, que l'increment en la incidència de l'obesitat, les advertències

---

<sup>100</sup> Entrevista realitzada a J.M<sup>a</sup> Ordovás: "En alimentación, estamos abandonando el sentido común", Magazine La Vanguardia, 22 de juliol de 2012, pp. 20-24.

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 aconsegueixen 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 suposem 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)*

Sorpren 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 inseguretat, 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

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

---

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 comensal<sup>101</sup>. En aquest context, la difusió massiva d'infinat de propostes que suggereixen propietats específiques aprimadores o contra l'obesitat<sup>102</sup> 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

---

<sup>101</sup> 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.

<sup>102</sup> 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

socials relacionades amb la seva obesitat. Menéndez (1987: 24)<sup>103</sup> 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)

---

<sup>103</sup> 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 tristón 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)<sup>104</sup>

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

---

<sup>104</sup> 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 fordista<sup>105</sup>, 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.

---

<sup>105</sup> 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 neocapitalisme<sup>106</sup>, 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

---

<sup>106</sup> 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 publicitat<sup>107</sup> 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

---

<sup>107</sup> 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 mercaderia<sup>108</sup>. 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

---

<sup>108</sup> 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 abstractes<sup>109</sup>. 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 despersonalitzen 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

---

<sup>109</sup> 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 màrqueting<sup>110</sup> 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

---

<sup>110</sup> 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)<sup>111</sup>. 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

---

<sup>111</sup> 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'euros<sup>112</sup>. 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'euros<sup>113</sup>. 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 masculina<sup>114</sup>.

En relació a la pràctica de cirurgia estètica<sup>115</sup>, 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)*<sup>116,117</sup> 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

---

<sup>112</sup> [http://www.hispaniaservice.net/descargas/informesemail/2015-05-26/boletin\\_STANPA\\_2015-05-26.pdf](http://www.hispaniaservice.net/descargas/informesemail/2015-05-26/boletin_STANPA_2015-05-26.pdf)

<sup>113</sup> [www.ine.es/prensa/np914.pdf](http://www.ine.es/prensa/np914.pdf)

<sup>114</sup> [http://w27.bcn.cat/porta22/images/es/Barcelona\\_treball\\_informe\\_sectorial\\_Bienestar\\_imagen\\_personal\\_2013\\_es\\_tcm24-4076.pdf](http://w27.bcn.cat/porta22/images/es/Barcelona_treball_informe_sectorial_Bienestar_imagen_personal_2013_es_tcm24-4076.pdf)

<sup>115</sup> 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)

<sup>116</sup> <http://secpre.org/index.php/noticias?start=12>

<sup>117</sup> 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 2010<sup>118</sup>, 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*<sup>119</sup>, 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

<sup>118</sup> Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (2010) *La realidad de la Cirugía Estética en España*. Madrid. Capitulo de Estética de la SECPRE.

<sup>119</sup> <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 Galbraith<sup>120</sup> (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*

---

<sup>120</sup> 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

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

---

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 Dukan<sup>121</sup> 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®

<sup>121</sup> 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 mèdica<sup>122</sup>. 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)<sup>123</sup>.



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?". Below this, it states: "Por eso, el 92% de nuestros pacientes se sienten satisfechos y/o muy satisfechos con el Método PronoKal®." and "Datos extraídos del Estudio ProKal". A yellow sticker says "¡Con el método PronoKal® PUEDES CONSEGUIRLO!". At the bottom, a yellow box says "Es interesante saber..." followed by "Ya se han tratado más de 400.000 pacientes en todo el mundo con el Método PronoKal®" and a question mark icon.

Figura 8. Mètode Pronokal

<sup>122</sup> 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.

<sup>123</sup> Figures 7 i 8 extretes de la pàgina web de Pronokal: [www.pronokal.com](http://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 plàstica)*

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

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...<sup>124</sup>). 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'altres<sup>125</sup>).

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

<sup>124</sup> Només cal buscar a Internet: “Productos para bajar peso”, per observar la interminable llista de productes ideats per a aquest objectiu.

<sup>125</sup> 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 remeten 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 correcció<sup>126</sup>. 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 web<sup>127</sup> 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,

---

<sup>126</sup> 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](http://empresite.eleconomista.es/Actividad/CLINICAS-PRIVADAS/provincia/BARCELONA)  
Consultat: 05-09-2015.

<sup>127</sup> 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

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

---

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 salut<sup>128</sup>:

*“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)*

---

<sup>128</sup> 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 9<sup>129</sup>

"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**  
L I P O L Y S I S Perfect

adelgazamiento & modelado corporal

NOVEDAD  
TECNOLOGÍA  
EXCLUSIVA

consiga ahora  
**más resultados**  
en menos tiempo, en menos sesiones

<sup>129</sup> 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%).”* (Centro 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
<b>-19%</b>	<del>18.000€</del>
HASTA 9 DE NOVIEMBRE	<b>14.550€</b>

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

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 exclouï 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)<sup>130</sup>. 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

---

<sup>130</sup> 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)<sup>131</sup>

---

<sup>131</sup> 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 mercadotècnia 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. 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 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 meua 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](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](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](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](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](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](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](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](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](http://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 relatives 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](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](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](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](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](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<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> 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](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<sup>e</sup> 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**

---

