

# **OBESIDAD E INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR: quizá una paradoja solo aparente.**

Esteve Blanch, Jaume.

Cita:

Esteve Blanch, Jaume (2017). *OBESIDAD E INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR: quizá una paradoja solo aparente*. XIV Congreso de Antropología. FAAEE, Valencia.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jaume.esteve.blanch/9>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pUko/DCt>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **OBESIDAD E INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR:**

**quizá una paradoja solo aparente.**

*Jaume Esteve Blanch*

Doctor en Antropología Social  
Master en Antropología Médica

## **Resumen**

La información nutricional en el etiquetado de las bebidas y productos alimenticios –con la excepción de aquellos que se venden en el apartado de frutas, hortalizas y alimentos frescos a granel– ha alcanzado en las últimas décadas un grado de minuciosidad significativo. Ya obligatoria por disposiciones legales en lo que hemos venido en llamar el mundo desarrollado, la trasposición de dicha normativa al resto de países va teniendo lugar de forma paulatina en el ámbito de los productos envasados.

Constituye una paradoja, al menos formal, que con la disponibilidad de dicha exhaustiva información nutricional y atendiendo al nivel educativo de la población media, la obesidad se encuentra entre las dolencias emergentes, cada vez con mayor transversalidad social. Dicha realidad en los países desarrollados es todavía más sorprendente si se toman en consideración las campañas de sensibilización y la comunicación médica, a título personal, sobre este fenómeno.

Con un exhaustivo trabajo de documentación sobre la progresión de la obesidad, el presente artículo pretende responder a la pregunta de si la obesidad se debe plantear como desorden alimentario, como respuesta dependiente y reactiva a causas emocionales, o bien como opción personal retroalimentada por un mimetismo que, a su vez, se apoya en un importante crecimiento relativo de la población incluida en el segmento “obeso”, de forma transversal, es decir, sin estar asociada a estratos poblacionales categorizados por su poder adquisitivo, como tradicionalmente se venía observando.

Palabras clave: Información nutricional, Obesidad, Opción personal, Paradoja, Transversalidad social.

## **Abstract**

Nutritional information in the labeling of food products and some categories of drinks –with the exception of those that are sold in bulk, mainly in drugstores or local markets– has reached in the latest decades a significant grade of thoroughness. Already required by legal provisions in what has been called the developed world, the implementation of this regulation to other countries is taking place, gradually and specifically, mainly in the area of packaged products.

It is a paradox, formal at least, that with the availability of such comprehensive nutritional information and according to the educational level of the population, obesity is becoming an emerging problem, more and more with greater social transversality. That reality in developed countries is even more incoherent taking into consideration campaigns of awareness and personal medical communication about this phenomenon.

By means of an extended job of documentation on the recent progression of obesity, this article aims to answer the question of whether obesity should be raised as a food disorder, in dependent reactive answer to emotional causes, or as a personal choice self-fulfilling by a mimicry which, in turn, relies on a significant relative growth of the population included in the segment "obese", in transversal form, that is without observing only its association with certain social segments with lower power purchasing, as traditionally obesity was associated.

Key words: Nutritional Information, Obesity, Personal Choice, Paradox and Social Mainstreaming.

## 1. Introducción.

Las últimas décadas del siglo pasado han visto emerger un fenómeno creciente dentro de las sociedades desarrolladas: una elevada incidencia de lo que hemos venido en denominar obesidad, término que constituye la franja superior del concepto genérico de sobrepeso y que puede entenderse incluida en la comprensión global de ese concepto. Dicho fenómeno, enmarcado cuantitativamente en los valores límite del sobrepeso, concepto que describimos en el párrafo siguiente, se ha acentuado en los últimos años hasta constituir lo que, en algunos ámbitos y no sin un cierto exceso de alarmismo social, se ha venido a definir como un grave problema de salud global, al menos para una parte significativa de la población mundial.

El algoritmo que cifra dichos conceptos está basado en el llamado Índice de Masa Corporal (IMC en adelante) calculado por el cociente entre el peso de una persona, expresado en kilogramos, y el cuadrado de su altura medida en metros. Por encima del valor 25 en dicho cociente se suele hablar médicamente de sobrepeso, mientras que se habla de obesidad (clases I y II) a partir del valor 30 y de obesidad mórbida (clase III) cuando una persona está en un rango de IMC igual o superior al valor 40. Dichas cifras no deberían interpretarse de una forma determinista y menos apriorística. El índice no hace al obeso, sino que considerado un determinado volumen corporal que se demuestra problemático y se asocia a la presencia simultánea en el individuo de determinados y problemáticos indicadores objetivos de salud (hiperlipidemia, hipertensión, diabetes, movilidad problemática, disminución de las expectativas de vida, etc.) es cuando esos factores objetivos se interpretan mediante un guarismo concreto.

Las cifras citadas son, tal vez, una manera incompleta y simplista de abordar el citado fenómeno y están muy lejos de situarlo dentro de un contexto que constituya un entramado explicativo. En el ámbito de las dependencias en general,<sup>1</sup> un espejismo consistente en confundir el síntoma con la causa (Romaní, 2011) ha llevado durante mucho tiempo a inútiles campañas de prevención de ciertas sustancias adictivas. Se corre el riesgo de que pase otro tanto con la obesidad y con ciertas estrategias *naïf* de prevención de la misma. Pensamos y

---

<sup>1</sup> Más adelante daremos sentido al término “dependencia” en relación a la obesidad.

proponemos, con la evidencia de la similitud y etiología que posteriormente comentaremos, que la obesidad en cualquiera de sus estadios se configura como un síntoma formado por asociación de diversos factores que influyen en una persona y que, paulatinamente, van construyendo una estructura corporal problemática, poco saludable, y cuya gestión subjetiva, para la persona que experimenta esa situación, puede entrañar una estigmatización autoexperimentada.

Conviene aclarar, en estos párrafos tempranos, que hay un apartado etiológico de la obesidad que no contemplaremos en este artículo; nos referimos a las causas de obesidad asociadas a situaciones de anormalidad orgánica, es decir, aquellas causas relacionadas con disfunciones hormonales y otras estricta e indudablemente ubicadas en la genética del metabolismo. Siendo determinantes, como causa suficiente, de sobrepeso y obesidad, solo explican la causalidad de una reducida parte de los casos. Así pues, nuestra reflexión irá encaminada a la causalidad socio-cultural de la obesidad, a la elaboración de imaginarios compartidos y a la gestión personal –sin excluir un eventual componente adictivo o dependiente– de una realidad física que no se corresponde con lo recomendable, si se atiende a factores de riesgo asociados a la salud individual.

Algunos comentaristas sociales han puesto sobre el tapete una también paradójica evidencia: en paralelo con la reducción de las carencias alimentarias severas –no solo en las sociedades desarrolladas sino también en países tradicionalmente maltratados por hambrunas y déficits alimentarios básicos– se observa un incremento de los casos de sobrepeso y obesidad. Esta paradoja, entre las muchas que rodean al fenómeno que glosamos, da pie a su traducción en determinadas cifras que podrían interpretarse como una provocación y que se indicarán en el siguiente apartado.

No deberíamos terminar esta Introducción sin mencionar el fenómeno paralelo de la Anorexia. Es esta la dolencia que hasta hace pocos años era la más preocupante de las que forman los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA en adelante),<sup>2</sup> dado el manifiesto impacto de aquella sobre el físico de las personas que lo padecen, especialmente adolescentes y la preocupante deriva hacia graves desenlaces. Dado que el presente artículo va a estar dedicado a la obesidad, nos centraremos en el estudio de este último TCA, dada su mayor incidencia y prevalencia en los tiempos actuales.<sup>3</sup> De aquí en adelante, mencionándose casi

---

<sup>2</sup> Entre los que también se incluye la Obesidad.

<sup>3</sup> La relación actual anorexia/obesidad guarda una relación de 1 a 2,4 para la franja de adolescentes entre 14 y 18 años mientras que en edades adultas la incidencia de la anorexia es testimonial. Complementariamente convendrá señalar que en el estudio anual sobre que mencionamos en la Bibliografía (Generalitat de Catalunya, 2016), la anorexia no figura como una de los campos significativos en los trastornos habituales de salud, mientras que hay una doble entrada para sobrepeso y obesidad.

siempre de manera explícita, los datos y comentarios se referirán a la obesidad en su fases II y III, mórbida en este último caso.<sup>4</sup>

## **2. La deriva vertical y transversal de la población obesa.**

Tradicionalmente los estudios de obesidad se basaban en una simplificación que todavía hoy dificulta parcialmente su comprensión: la población obesa era mayoritariamente de extracción social humilde, con escasas alternativas alimentarias por razones económicas y con poco conocimiento de los conceptos básicos de nutrición. El anterior planteamiento situaba su énfasis en la carencia de cultura alimentaria y en la penuria económica que limitaba la capacidad adquisitiva. Las personas obesas se correspondían con colectivos socialmente bien definidos y categorizados en el estrato medio-bajo, o claramente bajo, de la segmentación socio-económica. Tácitamente, además, se consideraba, casi en exclusiva, que se trataba de un problema de personas adultas por consideraciones causales de la relación demanda-gasto calórico a lo largo del transcurso de la vida de las mismas (ver su ilustración en la Figura I), aceptándose que a medida que se avanzaba en la edad adulta lo habitual sería encontrar personas con sobrepeso más o menos importante. Se dejaba al margen de la problemática de dicho sobrepeso, en cualquiera de sus variantes, a la infancia, a la adolescencia e incluso a la primera juventud, que prácticamente se hallaban libres de ello en razón a sus estilos de vida basados en un elevado consumo energético (ejercicio, deporte, etc.)

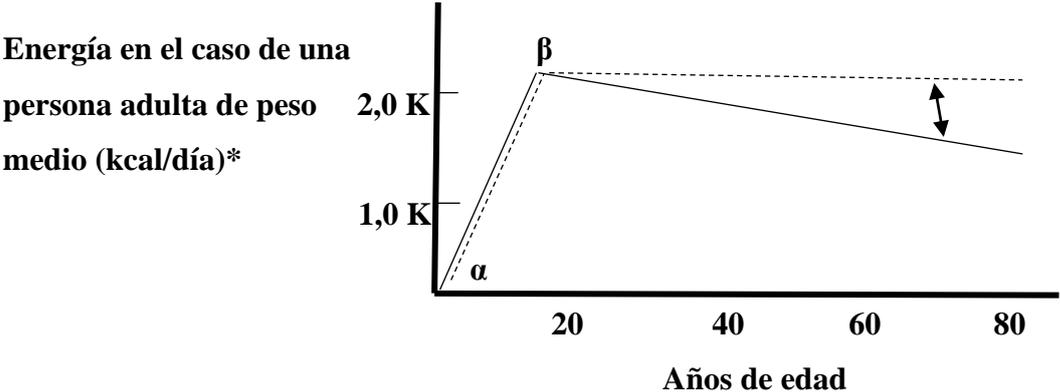
La realidad de las últimas décadas, cuando el sobrepeso ha dado paso a la obesidad y ésta a su derivada mórbida, muestra una realidad marcadamente distinta: la obesidad afecta horizontalmente a todas las clases sociales y, dentro de cada una, a la infancia, adolescencia y primera juventud de forma marcadamente acelerada. En este sentido crece más rápidamente la incidencia en esos tres colectivos que en el que podríamos considerar genuinamente como la edad adulta de las personas, es decir, por encima de los treinta años de edad, en cualquiera de los géneros. Como hemos mencionado en el párrafo anterior, en la Fig. I anotamos la tendencia que se daba anteriormente, en la medida de la disminución del gasto energético con el transcurso

---

<sup>4</sup> Lo mencionado en este párrafo no indica, en ningún caso, nuestra indiferencia sobre la Anorexia que, para quienes la experimentan, como para sus familiares y acompañantes, constituye una preocupación cotidiana durante angustiosos y dilatados periodos de tiempo.

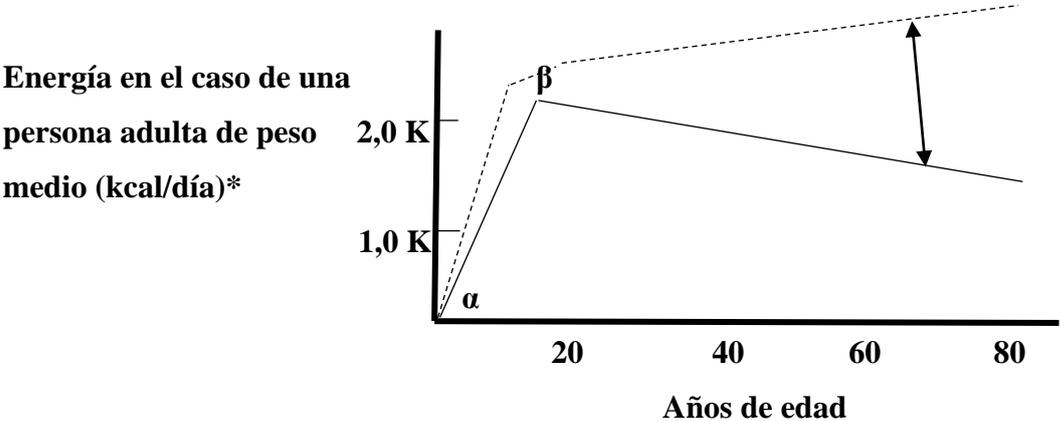
de la edad de las personas adultas, pero que ahora se va presentando, ya prematuramente, al margen de las franjas de edad. La Figura II matiza, en relación a la anterior, esa nueva realidad que incorpora una tendencia al sobrepeso ya desde la infancia (omitimos ciertas leyendas en este segundo gráfico que se explican sobradamente en Fig. I).

**Figura I**



- \*Actividad media y promedio de géneros.
- Necesidades diarias.
- - - - Ingesta real diaria.
- ↕ Exceso energético transformado en tejidos grasos.
- α -- β Infancia - adolescencia

**Figura II (tendencia actual)**



La superación del modelo clásico (Fig. I) y la creciente generalización de las distintas formas de sobrepeso en cualquier franja de edad (Fig. II) constituye una tendencia que debe ser explicada en la medida que se va presentando como una tendencia a largo plazo y que obedece a varios factores, aunque todavía no se pueden considerar claramente definitorios dada la situación de perplejidad causal de dicho fenómeno emergente del sobrepeso y de la obesidad, esta última calificada de pandemia en la presente década por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante).

Aún con lo manifestado en estos primeros párrafos, deudores de lo que podríamos encuadrar dentro de la biomedicina, ¿qué podemos señalar desde la Antropología Médica en relación a esa situación, creciente en las últimas décadas? ¿Conviene abordar la complejidad de sus causas o también deberíamos intentar desbrozar las razones por las que se instala en nuestras sociedades desarrolladas y se incrusta en las emergentes, manifestándose en una parte importante de los colectivos afectados lo que podríamos anticipar como una cultura del sobrepeso y la obesidad? En el presente apartado trataremos de contestar a la primera parte de la anterior interrogación, dejando para el siguiente el desarrollo de la segunda parte junto con una serie de derivadas que categorizan y complementan su enunciado.

A partir del final de la Segunda Guerra Mundial, las sociedades desarrolladas y las que, no siéndolo entonces, fueron entrando en dicha categorización desde aquel momento histórico y hasta la fecha, han ido incorporando una serie de características diferenciales comparadas con lo que eran ciertas prácticas corrientes en un pasado reciente. Siempre con un valor relativo y sin criterios de prelación, señalamos ciertas situaciones y hechos significativos a los que añadiremos, en ocasiones, comentarios valorativos:

- Creciente urbanización de la sociedad, con lo que ello conlleva de pérdida del contacto inmediato con la naturaleza tal como sí se da en las zonas rurales.
- Paulatina transformación de los hogares en lugares con un mayor nivel de confort. Ello significa pasar de una forma de vida externa al hogar a otra, más intensa e interna, de disfrute de esas nuevas características de mayor comodidad.
- Incorporación del automóvil privado (tal vez mejor de los automóviles en las sociedades muy desarrolladas) al modo de vida y a la movilidad cotidiana de las personas.
- Paulatino abandono por la infancia del exterior del hogar como ámbito de actividades lúdicas, que se ve sustituido por el interior de las casas, con abundante

provisión de medios audiovisuales, que se traduce en una creciente sedentarización de dicha población infantil

- Paulatina desaparición de las comidas domésticas compartidas, por razones de los horarios dispares de los distintos miembros de la familia (Toyos, 2007)
- Tendencia a la comida rápida, en el hogar o fuera de él, no siempre adecuada a las necesidades personales de los distintos individuos desde un punto de vista de idoneidad nutricional (Gracia, 2015).
- Creciente información al consumidor sobre las características de los productos alimentarios, con abundancia de datos cuantitativos y cualitativos que, en la mayoría de las ocasiones, constituyen principalmente un argumentario comercial (ver Anexos A y B)<sup>5</sup> cuando no, en el caso del segundo, se constituyen en una herramienta inextricable.
- Reducción del ejercicio físico en una parte significativa de la sociedad, no solo en la infancia, en razón a esa tendencia de internalizar en el hogar, o en espacios cerrados y con posibilidades muy reducidas de movilidad, buena parte del tiempo de ocio.
- Frecuente visualización de población con exceso de peso entre las imágenes que se visualizan a través de dispositivos audiovisuales y que, paulatinamente, van convirtiéndose en un referente o en una característica banal en el imaginario de la población. La hegemonía de EE.UU. como proveedor de imágenes audiovisuales, donde el problema de la obesidad severa es un dato sobradamente conocido, incide en que dichas imágenes sean también contempladas, con carácter hegemónico, por un público pasivo que puede transformarlas en referentes sobre tendencias y referentes de una nueva estética corporal.
- Proliferación, incluso exagerada, de lugares que podríamos denominar “del hidrato de carbono inevitable”, tanto para consumo inmediato o de impulso, como para consumo diferido. La presencia en la distribución alimentaria de una gran oferta de productos basados, en primer lugar, en los hidratos de carbono simples o complejos, y en un segundo orden de importancia por grasas ocultas, convierten la operación de visita a un punto de venta, o de compra en el mismo, en uno de los

---

<sup>5</sup> Dentro de la circulación de bulos por Internet (antes llamados leyendas urbanas) uno de los más corrientes es atribuir el mismo valor calórico que a los habituales, en aquellos productos que estrictamente mencionan un contenido nulo de calorías.

primeros eslabones de la problemática composición de las comidas habituales, incluso las domésticas.

- La prescripción médica de hacer cinco comidas al día ha dado pie, utilizada a modo de coartada por ciertas personas con TCA, a realizar muchos más de cinco actos de consumo alimentario a lo largo de la jornada.

Sería una simplificación tratar de atribuir el problema de la obesidad a una única causa ni tampoco a unas pocas. Suena en el ideario colectivo que las comidas desestructuradas, o externas al hogar, aportan más energía y peores nutrientes que los que aportaban las comidas domésticas del pasado. Esa eventual causa, tópica y reduccionista por otro lado, olvida que dicha explicación debería ir acompañada de la creciente falta de ejercicio físico, cuyo origen habría que buscar en muchas de las razones esgrimidas anteriormente. Ahí volvemos a exhibir lo ilustrativo de las Fig. I y II, pero entendidas en su significado global, es decir, con tendencia creciente a desequilibrios ingesta-gasto ya desde la infancia. Nos alejaríamos entonces, desde edades tempranas, de la bondad nutricional *per se* que suponen las comidas domésticas. Los desequilibrios en ese campo se manifiestan en carencias o excesos de ciertos nutrientes y, como consecuencia primera, por la falta de adecuación del peso a la edad y a la altura de los individuos. El hecho de que, entre los adultos de cualquier género o rol familiar, se presente también el problema de la obesidad, pone en duda la tópica bondad de los ágapes familiares cotidianos.

Dado que la tendencia de la anorexia, como mencionamos al comienzo, es a remitir significativamente, queda en un lugar destacado el papel de los distintos tipos de obesidad como expresión visible, fisiológica y etiológica de los TCA actuales, siendo algunas de sus causas próximas lo detallado en los puntos anteriores, entre las que cabría señalar la falta de ejercicio físico, la ingesta calórica desproporcionada en relación a dicha carencia y la falta de una preocupación de base, tanto personal como familiar a pesar de la información disponible, sobre el impacto de la obesidad en la salud de las personas. Esta última es una de las paradojas que resaltamos, y de las que dudamos que merezcan tal conceptualización, si bien su utilización laxa forma parte posiblemente de ciertos olvidos no necesariamente involuntarios, y que estarían en la razón de ser del título del presente trabajo.

### **3. La visualización del propio cuerpo y su coherencia con un supuesto modelo *fashion*, no necesariamente saludable.**

En uno de los párrafos del punto anterior, aludíamos a los referentes de imágenes de personas que en las últimas décadas se ofrecen a un público mayoritariamente volcado hacia una cultura de lo audiovisual. Las imágenes corporales que van tomando espacio en las pequeñas o grandes pantallas, en los videojuegos o en la información televisiva sobre la realidad social, apelan a cuerpos que poco tienen que ver con lo que la generación o generaciones anteriores observaban en su entorno referencial. Si bien hace unas décadas resultaba difícil establecer relaciones causales en situaciones de opulencia corporal, nos parece digno de resaltar que aquella era más bien patrimonio de élites económicas o bien, en su lado opuesto, de personas sedentarias adultas, aunque fuera en capas socialmente deprimidas. Con una mayoría de la población ocupada en trabajos más o menos manuales, una alimentación poco sobrada en nutrientes y con largos desplazamientos cotidianos, que solían realizarse a pie, se conjuraba para una gran mayoría de la población la acumulación de excedentes energéticos alimentarios en forma de grasas corporales,<sup>6</sup> al menos hasta una edad genuinamente adulta.

Entendemos que cada época marca sus propios cánones estéticos entre los que cabe incluir nuestros propios referentes subjetivos, no inocentes, sobre el aspecto corporal. Peter Paul Rubens mostró cual era ese canon hace cuatro siglos, circunscrito a los estratos sociales opulentos de la Europa del siglo XVII y que hoy, para el colectivo obeso, podría constituir una renovada patente canónica en crecientes capas de población. Atrás quedan otros referentes cercanos, de ello hace medio siglo solamente, cuando Twiggy o Anthony Perkins, por poner dos ejemplos que marcaban, exageradamente en el primer caso, unos cánones más bien entecos que estuvieron vigentes hasta las últimas décadas del siglo XX en el mundo de la moda o en el de la cinematografía en clave Alfred Hitchcock, respectivamente; unos cánones situados en el extremo opuesto en cuanto a volumen corporal de los que hemos descrito al citar la obra de Rubens. Cada generación se reconoce en sus propios referentes y suele ser lento el camino que dichos cánones recorren hasta ofrecer cambios significativos, al menos dentro de determinadas culturas o clases sociales. En los últimos cincuenta años, dentro de los cánones de “belleza” física en general, existe la sensación de que se ha iniciado un nuevo cambio que nos remitiría a aquella Europa de comienzos del siglo XVII, cuanto menos para determinados colectivos

---

<sup>6</sup> No es otro el mecanismo habitual de formación del sobrepeso y de la obesidad: una acumulación de grasa consecuencia de un desequilibrio ingesta-demanda.

humanos actuales. Ello no tendría mayor importancia que la de otros cambios de paradigmas estéticos,<sup>7</sup> salvo si consideramos el aspecto salud derivado de la deriva mórbida de la orondez corporal que, para nuestros ancestros del siglo mencionado, no era motivo de preocupación en parte por ignorancia de ciertas correlaciones que hemos venido comentando.

Ese cambio del canon visual, o quizá estético, y su interrelación con la salud de las personas, afecta o afectará a una población que ciertas previsiones sitúan en el 30% en 2030, bajo la categoría global de sobrepeso, y que actualmente representa ya el 13% de la población adulta mundial (OMS, 2016). A corto plazo, que es tanto como decir ya casi en la actualidad, la presencia de dicha población obesa, significativamente importante, no puede solo explicarse por una mala gestión alimentaria personal o familiar, cuando su prevención y sus tratamientos están apoyados por una creciente atención médica y una masiva información nutricional (Gracia, 1996).

Deberíamos ir más allá de la causa necesaria del sobrepeso y especialmente de la creciente obesidad severa –de lo ingerido en relación a las necesidades, en definitiva– para preguntarnos sobre su etiología *sensu stricto*. En otros términos, y en lenguaje coloquial, convendría preguntarnos, sobre el porqué del porqué. Las personas que buscan solución a sus problemas de obesidad suelen presentar lo que, en el ámbito de las dependencias o adicciones,<sup>8</sup> suele categorizarse como patologías duales. La búsqueda del placer sensorial proporcionado por un cierto nivel organoléptico y de saciedad, especialmente protagonizados por la ingesta de productos dulces (especialmente bebidas azucaradas sin sensación de saciedad), denota una situación de ansiedad que establece un mecanismo de compensación o recompensa. Ciertos autores (Larocca, 2008) equiparan la necesidad habitual, no sólo los *cravings* (Wurtman, 1995) de una crisis bulímica,<sup>9</sup> con una situación depresiva o ansiosa que utilizaría básicamente los hidratos de carbono como fuente de elementos que terminan en la producción inducida de dopamina y serotonina en el cerebro humano. Genética o adquirida por determinadas vías inductivas, dichas carencias solicitan mecanismos indirectos de compensación sensorial como vía de incremento de los niveles de las hormonas señaladas. Ciertas situaciones de ansiedad y frustración que acompañan a determinados estilos de vida actuales, tanto en lo profesional como en lo privado, no dejan de ser una posibilidad causal, como etiología básica, de la desmesurada

---

<sup>7</sup> Casos extremos, que ponen de manifiesto los relativismos culturales en el ámbito de las formas corporales, aún en ámbitos simbólicos distintos, lo constituirían imágenes como la Venus de Willendorf (≈ 20.000 años BP.) contrapuesta a la Venus de Milo (≈ 2.500 años BP.)

<sup>8</sup> Matizamos que hablamos de la dependencia como proceso adictivo para evitar su confusión con la dependencia que acompaña a distintas discapacidades del ser humano.

<sup>9</sup> Bulimia como epifenómeno patológico en ciertos casos de obesidad.

ingesta de nutrientes calóricos a lo largo de la jornada, buscando la síntesis hormonal o simplemente la compensación placentera en los centros de recompensa cerebrales.

Posiblemente encontraremos una relación de complicidad dentro de colectivos humanos formados por obesos, cada vez con mayor peso significativo en las sociedades locales, y que vendría a convertirse, junto con el cambio de canon en los *media*, en un referente que permite a quienes los integran obviar la sensación de estar fuera de lo habitual, entendiendo por habitual aquellos aspectos socialmente admitidos y aceptados culturalmente, por una mayoría de integrantes de una sociedad particular. La realidad de ciertas cifras que hemos facilitado dan una indicación de hasta qué punto esa eventual complicidad es ya numerosa y cómo, de cumplirse dichas previsiones, podría presentar cierta hegemonía ponderal en un futuro cercano.

Lo anteriormente citado puede también conjugarse en clave de estigma. Cuando hace unas décadas era cruel y explícitamente vilipendiada la obesidad en las escuelas –recordemos frases peyorativas entre escolares como *fatibomba*–, ello ocurría, y lamentablemente todavía ocurre pero en fase de retroceso, en un contexto de excepcionalidad del sobrepeso infantil.<sup>10</sup> La presencia de una cierta subpoblación escolar con esa tendencia, cuya actual significación estadística no es exigua, hace hoy menos probable, por un lado, establecer una estigmatización que podría provocar marginaciones grupales. El frecuente arropamiento grupal, por otro lado, de quienes se hallan en la misma situación, constituye un ejemplo semejante al de los Grupos de Apoyo Mutuo –una suerte de *Communitas* en sentido antropológico (Turner, 1993)– en la medida en que desaparece la autocritica y la sensación de estigmatización, al ser sustituidas por una suerte de orgullo y de pertenencia grupal. Tal vez como paradigma de grupo natural, no hemos de minimizar la transmisión cultural del sobrepeso-obesidad en familias donde el estilo de vida promueve, de forma cultural casi inevitable, los desequilibrios alimentarios en la mayoría de sus miembros (ver nota 12).

En la realidad actual de EE.UU., y de forma emergente en otros países del entorno cultural occidental,<sup>11</sup> es frecuente la existencia de clubes o instituciones sociales (concretamente la NAAFA estadounidense) que tienen como nexo común el hecho de estar integradas exclusivamente por personas obesas. La necesidad de transporte grupal con adecuaciones a las tallas de los integrantes de dichas instituciones o clubes, la necesidad de instalaciones *king size*

---

<sup>10</sup> Peyorativamente significaba “bola de grasa”. Aún en colectivos escolares donde la obesidad es muy minoritaria ello puede, como lamentablemente se ha puesto de manifiesto en casos dramáticos y recientes en nuestro país en 2016 y 2017, todavía constituirse en motivo de *bullying*.

<sup>11</sup> Deberíamos considerar, en esta segunda franja de países, que las asociaciones de obesos tienen una función marcadamente médico-asistencial como Grupos de Ayuda Mutua. No así necesariamente en EE.UU. donde el propósito de las mismas es, además, lúdico-festivo e identitario como grupo.

dentro de los equipamientos hoteleros, así como el aseguramiento de raciones alimenticias unitariamente adecuadas a la demanda de esos colectivos, proporciona una ventaja de comodidad suplementaria a sus miembros, los cuales comparten una comunidad que pivota alrededor de una problemática común, pero también de una realidad cotidiana: la del elevado y generalizado consumo de comida y bebida sin temor a la crítica. Si todo ello es posible y se entiende que forma parte de una necesidad para sus integrantes, estamos probablemente ante una situación de dependencia que vertebra la vida personal y social de sus integrantes y que dicha pertenencia grupal refuerza. De ahí a olvidar la correlación obesidad-salud problemática hay solo un paso, que suele observarse en las personas que, abiertamente, manifiestan su nula preocupación por el sobrepeso que deviene en obesidad.<sup>12</sup> La pertenencia intra-géneros en dichas asociaciones da pie a que se conecten sentimentalmente sus integrantes, cerrándose un círculo de autosatisfacción que comienza por la tolerancia a consumos calóricos excesivos y termina con complicidades grupales que proporcionan satisfacción sensorial y emocional superando aparentemente los estigmas de un pasado reciente a partir de una resocialización en los citados clubes o instituciones. Esta es, en definitiva, la tesis de J.L. Moreno, más bien implícita que explícita, que nos traslada en su detallada pero ideologizada obra (Moreno, 2016).

#### **4. Conclusiones.**

Parafraseando a Marx y Engels, quizá hoy podríamos afirmar que un vendaval, menos paradójico de lo que podría aparentar, recorre el mundo desarrollado en el apartado salud: el de una creciente obesidad, que anticipa su eventual y paulatina transformación en severa que es la que realmente tiene un mayor impacto significativo en el estado de salud general de la población, y la que reduce empíricamente las expectativas de vida. Esa situación emergente carga, además, sobre los sistemas de salud, públicos y privados, unos elevados costes asistenciales dentro unas franjas de edad en las que, hasta la fecha, se manifestaban minimizadas ciertas patologías derivadas de un mal estado de salud en edades tempranas y, por lo tanto, también eran reducidos los costes médicos y asistenciales derivados de ello, comparativamente con lo que era esperable en personas de edad avanzada.

---

<sup>12</sup> Los profesionales de la Medicina consultados en el área de Barcelona, menciona una doble constatación: el abandono frecuente en la población joven (hasta 30 años) del seguimiento de planes de adelgazamiento y el hecho de que solo una pequeña parte de la población obesa acude a los centros de salud públicos o privados (es frecuente la detección de casos de obesidad familiar con motivo de una visita domiciliaria de un profesional médico a uno de los miembros de la familia en razón a enfermedades comunes no necesariamente ligadas a dicha problemática).

El conocimiento de dicha situación de riesgo por la población afectada, a través de la educación nutricional y de la información de los valores calóricos y composición de alimentos y bebidas,<sup>13</sup> dibuja un escenario parecido al que vive el colectivo de fumadores dependientes, a pesar de tener un conocimiento muy explícito de los riesgos asociados al consumo habitual del tabaco. Dicho conocimiento no impide que la dependencia sea mantenida por un colectivo no despreciable –a veces incluso presumida como un acto de rebeldía frente a los mensajes oficiales– aún con un riesgo a medio y largo plazo asumido por la persona que consume. El anterior planteamiento vendría a confirmar el hecho –también una paradoja aparente– de que el colectivo sanitario (médico y enfermería) no es ajeno a la presencia creciente de obesidad entre sus miembros, a pesar de manejar información privilegiada sobre dicho fenómeno y convivir con él. La inclusión de la obesidad por ciertos colectivos de sanación espiritualista y trascendente –Alcohólicos Anónimos principalmente– como una dependencia<sup>14</sup> más dentro de la lista de otras adicciones distintas de la alcohólica a las que dicha organización se ha extendido (Esteve, 2013), parecería establecer, a pesar de la táctica culpabilizadora que practica dicha ONG hacia sus miembros, una característica presente en el mecanismo que conduce a la obesidad, es decir, un TCA consecuencia de otros trastornos más profundos, y que se traducen en el consumo compulsivo de alimentos y bebidas altamente calóricas, al margen de conocimientos objetivos o intuitivos sobre su resultado si se asume dicho estilo de vida.

La tendencia simplificadora de atribuir a los restaurantes de comida rápida la deriva actual de la población hacia la obesidad, olvida que sobre el volumen corporal y visual de clientes se observa más sobrepeso entre los clientes de una cadena de supermercados urbanos de precio bajo que entre los comensales de restaurantes de comida rápida. No es tan importante el canal de llegada de alimentos a las personas como la facilidad de compra y las estrategias de *merchandising* o mercadeo de las grandes cadenas de alimentación *low cost*, donde la oferta de calorías, en forma de alimentos y bebidas diversas, forma parte de una oferta barata, de fácil acceso y aprovisionamiento y, más todavía, con una clara incidencia del impulso en la decisión de compra de dichos productos y bebidas con nutrientes excesivamente energéticos. El precio diario de la kcal en la comida adquirida en un supermercado de bajo precio o en un restaurante de comida rápida es claramente favorable, en clave de precio más barato, al primer canal señalado, con la particularidad añadida de que no se va frecuentemente al restaurante durante

---

<sup>13</sup> Excluimos de la presencia de esa información a las bebidas alcohólicas, a pesar de su significativa contribución a la ingesta energética originada por consumo de las mismas.

<sup>14</sup> “Comedores Compulsivos Anónimos”, cuyo contacto puede establecerse directamente a través de llamadas telefónicas locales a dicha organización o solicitando, también localmente, información de contacto a Alcohólicos Anónimos.

el transcurso del día, pero la comida adquirida está disponible en el domicilio, en los bolsillos o en los maletines de los potenciales consumidores de forma permanente, incluso durante las pausas entre comidas principales, en las vigiliadas, entre sueños y, en definitiva, en cualquier momento de necesidad de ingesta.

La compulsividad o la voluntariedad premeditada en un acto de ingesta no suele estar determinada tanto por la oferta como por la necesidad del consumo,<sup>15</sup> sea esta por inducción mimética o por condicionantes gobernados por el estrés de cualquier tipo, que hacen de dicho consumo una necesidad para restablecer, aunque sea temporalmente, una situación personal lo más confortable que sea posible. Los centros de recompensa cerebrales acceden a dichos estadios cuando una sensación de saciedad o la ingesta de productos dulces, salados o condimentados hace que los receptores en ciertos neurotransmisores cerebrales se vean activados y saciados temporalmente. Esa temporalidad, creciente en todas las dependencias, pero especialmente en los casos de necesidades alimentarias copiosas, es la clave para entender la necesidad periódica de reclamar un nuevo episodio de ingesta compensatoria que, en ocasiones, se materializa en prácticas ocultas de bulimia, en línea con ciertas gestiones de las estigmatizaciones no asumidas (Goffman, 2008)

Parece evidente que una eventual falta de oferta, si bien frustra un potencial deseo de consumo inmediato, no elimina las bases de partida de la compulsividad consumista. Si hay deseo sin producto lo que se manifiesta es una frustración, posiblemente pasajera en la mayoría de las situaciones y contextos, salvo en el caso de carencias nutricionales básicas, que no es el caso. Esta es una de las razones por las que no hemos citado a los países con dichas lamentables carencias, evitando que se pudiera hacer una lectura descontextualizada de su mención.

La situación de estrés que produce el fenómeno consumista alimentario excesivo, y que hemos dibujado y pretendido exponer, puede ser más fácilmente gestionada y autoaceptada si la persona que la experimenta, y cuyo organismo muestra las consecuencias de dicho consumo excesivo, frecuenta grupos humanos con igual situación como los dibujados en el punto anterior. El compartir ese eventual estigma social, aunque el mismo se muestre cada vez más desdibujado en la medida que va aumentando la población que forma la categoría correspondiente –no sólo como un agregado numérico sino también como una categoría poblacional, cercana a una *Communitas*, que comparte un TCA y una aparente indiferencia

---

<sup>15</sup> Reclamamos la habitual y biunívoca relación causal “elementos consumidos-voluntad de la persona que consume”. Cualquier otra interpretación de un acto de consumo sitúa a las personas, a los consumidores, en definitiva, en una situación más cercana a las pulsiones de la infancia que a la elección informada habitual que debería darse en la edad adulta.

hacia sus consecuencias—, proporciona un contexto relacional amplio y complejo que integra la diversidad personal y a todas las opciones de género, en dicha situación. Para las personas afectadas por la obesidad se hacen mucho más llevaderas las consecuencias derivadas de la misma en múltiples planos, entre ellos el emocional y el sentimental, proporcionándoles una aceptación grupal y personal por la evidente asunción de que el eventual estigma social que se estuviera produciendo es ampliamente compartido, y por tanto diluido, por los integrantes del colectivo. Se establece, en definitiva, una categoría poblacional, un nuevo proceso de socialización que, formándose alrededor de los TCA, ya asentados y crónicos, diluyen sus consecuencias entre quienes cotidianamente los comparten, obviando o simplemente eliminando de raíz la necesidad subjetiva de encontrar una solución para los mismos. No pensamos estar muy alejados de ciertos planteamientos personales que asumen la obesidad, ya manifiesta y difícilmente reconducible, como una opción personal a pesar de connotaciones negativas que no impiden ejercerla. Tal vez es una forma realista, aunque no saludable, de confort personal, aunque quizá solo se experimente en un ámbito estrictamente subjetivo.

## 5. Bibliografía

- Contreras, J. (2005) *La obesidad: una perspectiva sociocultural*. San Sebastián: Zainak - Cuadernos de Antropología-Etnografía nº 27 (pp. 31-52).
- Esteve, J. (2013) *La dependencia del Alcohol: una comparación crítica sobre los tratamientos de dicha dependencia desde modelos biomédicos y espiritualistas (Tesis Doctoral)*. Tarragona: URV.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2016) *Enquesta de Salut de Catalunya 2015*.
- Goffman, E. (2008) *Estigma*. Buenos Aires. Amorrortu Editores
- Gracia, M. (1996) *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- (2015) *Comemos lo que somos: reflexiones sobre cuerpo, género y salud*. Barcelona: Icaria.
- Larocca, F. (2008) *La obesidad como comportamiento adictivo*. Monografías.com
- Moreno, J.L. (2016) *La cara oscura del capital erótico. Capitalización del cuerpo y trastornos alimentarios*. Madrid: Akal.
- Organización Mundial de la Salud (2016) *Nota Descriptiva nº 311*. WHO Media Centre.
- Romaní, O. (2011) *Planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*. Buenos Aires: Editorial Lugar-El Colegio de Sonora.

- Toyos, I. (2007) *Alimentos sanadores para el sobrepeso (somos lo que comemos)*. Cali (Colombia). Norma.
- Turner, V. (1993): *Pasos, márgenes y pobreza: símbolos religiosos de la "communitas"*, en (Bohannan, P. y Glazer, M.) *Antropología. Lecturas*, Madrid, Editorial McGraw-Hill.
- Wurtman, R. & J. (1995) *Brain Serotonin, Carbohydrate-Craving, Obesity and Depression* in *Obesity Research*, 3:477S–480S.doi:10.1002/j.1550-8528.1995.tb00215.x. Cambridge, Mass. (USA): MIT.

## ANEXO A

**350 ml** BEBIDA REFRESCANTE AROMATIZADA.

Ingredientes: agua carbonatada, azúcar, colorante E-150d, acidulante E-338 y aromas naturales (incluyendo cafeína). Es recomendable seguir una dieta variada, moderada y equilibrada, así como un estilo de vida activo y saludable. Envasado con autorización de The Coca-Cola Company. Coca-Cola Iberian Partners, S.A., Paseo de la Castellana 259 C, Planta 9. 28046 - Madrid.

Consumir preferentemente antes del - Lote: ver leyenda impresa sobre el envase o tapón. Proteger de la luz solar. Preservar de olores agresivos. Conservar en lugar limpio, fresco y seco.

© 2007 THE COCA-COLA COMPANY.  
ENVASE EXCLUSIVO PARA BEBIDAS.

**INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR**  
902 199202

**INFORMACIÓN NUTRICIONAL POR:**

	100 ml	350 ml (%*)
Valor energético:	180 kJ/42 kcal	630 kJ/147 kcal (7%)
Grasas:	0 g	0 g (0%)
de las cuales saturadas:	0 g	0 g (0%)
Hidratos de carbono:	10,6 g	37 g (14%)
de los cuales azúcares:	10,6 g	37 g (41%)
Proteínas:	0 g	0 g (0%)
Sal:	0 g	0 g (0%)

\*Ingesta de referencia de un adulto medio (8.400 kJ/2.000 kcal).

**cocacola.es**

**Coca-Cola**

FSC MIXTO Papel FSC® C074429

**BEBIDA REFRESCANTE AROMATIZADA. Con edulcorantes.**

Ingredientes: agua carbonatada, colorante E-150d, edulcorantes E-952, E-950 y aspartamo, acidulante E-338, aromas naturales (incluyendo cafeína) y corrector de acidez E-331. Contiene una fuente de fenilalanina. Envasado con autorización de The Coca-Cola Company. Coca-Cola Iberian Partners, S.A., Paseo de la Castellana 259 C, Planta 9. 28046 - Madrid. Consumir preferentemente antes del - Lote: ver leyenda impresa sobre el envase o tapón. Proteger de la luz solar. Preservar de olores agresivos. Conservar en lugar limpio, fresco y seco.

© 2007 THE COCA-COLA COMPANY.  
ENVASE EXCLUSIVO PARA BEBIDAS.

**200 ml**

**INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR**  
902 199202

**INFORMACIÓN NUTRICIONAL POR:**

	100 ml	200 ml (%*)
Valor energético:	0,9 kJ/0,2 kcal	1,8 kJ/0,4 kcal (0%)
Grasas:	0 g	0 g (0%)
de las cuales saturadas:	0 g	0 g (0%)
Hidratos de carbono:	0 g	0 g (0%)
de los cuales azúcares:	0 g	0 g (0%)
Proteínas:	0 g	0 g (0%)
Sal:	0,02 g	0,04 g (0%)

\*Ingesta de referencia de un adulto medio (8.400 kJ/2.000 kcal).

**zero**  
zero azúcares

## ANEXO B



### Tipo de alimento (por ración) y contenido en azúcares (gramos)

Sobre azúcar: 10g	Muesli (50g): 10g
Cucharada miel: 15g	Copos maíz/arroz (50g): 4g
Vaso zumo (200 ml): 15g	Fruta mediana (150g): 10-15g
Madalena: 8-10g	Vaso de leche (200 ml): 9g
Donut o similar (unidad): 15g	Yogur (unidad, 125g): 7g
Galletas María (8 unidades): 15g	Refresco (330 ml): 35g
Chucherías (50g): 50g	(¡equivale a 7 azucarillos!)
Flan/natillas (unidad): 15-20g	
Cereales chocolate (50g): 15g	