



Pobres joves grassos

Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya

Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)

Miquel Arenas, Josep M. Comelles, Montserrat García,
Julia Ledo, Maria L. Maldonado,
Maria A. Monserrat-Mas

Colección Antropología Mèdica

1. *Migraciones y salud*, varios autores
Josep M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal,
José Fernández-Rufete, Laura Mascarella (comps.)
2. *Antropología y enfermería*, varios autores
Maria Antonia Martorell, Josep M. Comelles,
Mariola Bernal (eds.)
3. *Medicina, màgia i religió*, W. H. R. Rivers
Àngel Martínez Hernàez (ed.), Chris Scott-Tennent (coord.)
4. *Of Bodies and Symptoms*, varios autores
Sylvie Fainzang et Claudie Haxaire (ed.)
5. *Mejor dejarlo tranquilo*, Rimke van der Geest
Lourdes Márquez Blázquez (trad.)
6. *Tro ressonant*, Paul Radin (ed.)
Àngel Martínez Hernàez (ed. cat.)
7. *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinares*, varios autores
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
8. *Nasci na família errada*, Cristina Larrea Killinger

Pobres joves grassos
Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya

Direcció de la recerca:
Mabel Gracia-Arnaiz

Equip de recerca:
Miquel Arenas
Josep M. Comelles
Montserrat García
Julia Ledo
Maria Lluïsa Maldonado
Maria Antònia Monserrat-Mas



Tarragona, 2012

Recerca desenvolupada pels membres del Grup d'Investigació en Antropologia Social (G.I.A, URV) amb el suport de l'Observatori Català de la Joventut (Generalitat de Catalunya, 2008AJOVE 00017). Aquesta línia de treball continua desenvolupant-se dins del projecte «L'emergència de les societats obesogèniques o de l'obesitat com a problema social» (Plan Nacional I + D, CSO2009-07683)

Edita:
Publicacions URV

1.ª edició: Desembre de 2012
ISBN: 978-84-695-6439-4
Dipòsit legal: T-1477-2012

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili:
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474
www.urv.cat/publicacions
publicacions@urv.cat

El bloc de la col·lecció:
<http://librosantropologiamedica.blogspot.com/>

Consell editorial:
Xavier Allué (URV)
Josep Canals (UB)
Josep M. Comelles (URV)
Susan DiGiacomo (URV)
Mabel Gracia (URV)
Angel Martínez Hernaez (URV)
Enrique Perdiguero (UMH)
Oriol Romaní (URV)

Il·lustració de la coberta: Marta Moreno Gràcia

Aquesta edició està subjecta a una llicència Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Per veure'n una còpia, visiteu <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envieu una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

¶ Aquesta editorial és membre de la Xarxa Vives i de l'UNE, fet que garanteix la difusió i comercialització de les seves publicacions a escala estatal i internacional.

Índex

POBRES JOVES GRASSOS	7
PRIMERA PART. SÓN MALALTS ELS GRASSOS?	13
El problema obesitat	15
Obesitat i lipofòbia	19
Global vers local: el «cas» català en el context estatal i internacional	49
SEGONA PART. SER GRAS O SENTIR-SE GRAS: FORMES DE DISCRIMINACIÓ I RESISTÈNCIA	81
Experiències i representacions al voltant de la grassor	84
Prenent mesures: la regulació del pes i volum corporal	98
No engreixaràs: processos de (des)valorització i formes de discriminació social	109
Eestic malalt?	130
<i>Fat is beautiful?</i> No, gràcies...	152
CONCLUSIONS	175
ANNEXOS	181
BIBLIOGRAFIA	191

Pobres joves grassos

This is not a debate about moral panic: it is a debate about human rights
(LOBSTEIN, 2006: 76)

A *Pobres joves grassos* ens preguntem com i per que certes pràctiques alimentàries i corporals han esdevingut, en les darreres dècades, problemes de salut pública amb implicacions socials, culturals i polítiques. En aquest sentit, la nostra recerca és la continuació de més de deu anys de treballs sobre els trastorns de la conducta alimentària (TCA) —*eating disorders*—, amb un interès ara centrat en l'estudi sociocultural de l'obesitat. Mitjançant una aproximació etnogràfica en l'àmbit assistencial i a través d'internet, analitzem experiències i representacions d'estar i sentir-se gras entre la joventut catalana. El nostre objectiu principal consisteix en esbrinar si la grassor ha condicionat les seves trajectòries personals i socials i si, concretament, afavoreix formes específiques de discriminació. en l'àmbit formatiu, familiar o lúdic.

Una part substancial dels posicionaments crítics que porten a aquest projecte, i que l'emmarquen, corresponen a les conclusions i debats desenvolupats en recerques precedents. Si els estudis sobre els *eating disorders* feien referència a la seva creixent incidència a Catalunya a finals dels anys vuitanta —hi ha cronologies diferents a altres països que responen a categories nosogràfiques, anorèxia, bulímia, etc. relativament ben definides—, la problemàtica relativa al sobrepès i l'obesitat s'inscriu en un marc nosològic i temporal específic. D'entrada, l'explicació de l'obesitat és molt més senzilla que la dels trastorns alimentaris: apareix quan la ingesta energètica excedeix el consum, i el greix corporal s'acumula en excés. A nivell individual, l'obesitat resulta de, i es combat amb, canvis en la dieta i en l'activitat física (GRACIA-ARNAIZ, 2010a). Malauradament, les poblacions no són només una suma o agregació d'individus i el que és veritat per a una persona pot no ser-ho per a un col·lectiu.

Encara que la preocupació pel sobrepès es constata fa més de mig segle a l'entorn de debats preventius i terapèutics vinculats a algunes malalties —especialment a la diabetes mellitus i a la morbiditat cardiocirculatoria—, l'obesitat no adquireix l'estatus de patologia fins fa poc més d'una dècada. Si quan els TCA es consideren malalties de relativament baixa prevalència, a les quals podria aplicar-se el terme d'endèmia, en el cas del sobrepès, les autoritats sanitàries parlen d'una «pandèmia» de conseqüències greus en la salut i l'esperança de vida. L'obesitat incideix en un nombre infinitament major de persones de diferents societats. Per la seva ràpida evolució i pel fet que les taxes de prevalença es multipliquen entre certs grups poblacionals, particularment entre els nens i adolescents, l'obesitat ha estat considerada per l'OMS com l'*epidèmia no transmissible del segle XXI*, establint que la lluita contra el sobrepès esdevingui una prioritat en l'agenda salubrista.

El contrast entre ambdues situacions ens ha conduït, després d'una discussió sobre el context social i cultural d'*estar prim* (GRACIA-ARNAIZ I COMELLES, 2007), a encarar el significat d'*estar gras*. A redós de les recerques precedents, sabem que no podíem reduir el nostre estudi a acceptar com a únics, i inqüestionables, els discursos hegemònics que expliquen l'origen i l'evolució de certes malalties. En aquest sentit, no podem oblidar a Freidson (1978: 276) quan afirma que la professió mèdica tendeix a veure més malaltia i tractament que salut, ni a Rosen (1974: 77) quan diu que la malaltia és quelcom més complex que una disfunció biològica, en restar mediatitzada i modificada per l'activitat social i per l'entorn cultural. Hi pot haver desviació social sense desviació biològica, perquè no es tracta d'un estat en sí mateix sinó de la valoració dels seus significats (FREIDSON, 1978: 216-9). El rol de malalt sempre és real, tot i que la malaltia no ho sigui. Sense endinsar-nos dins el debat biologia-cultura, podem afirmar que els grassos són percebuts avui com una mena de *desviats* respecte al «cos desitjable» mèdicament i socialment construït i, per aquesta raó, víctimes de múltiples recriminacions. Menéndez (1987: 22) recorda, però, els drets a la diferència i a la no estigmatització.

Les diferències entre els cossos no són només biològiques, sinó socials. El «cos desitjable» i les seves eventuais variacions són el mirall d'una època: alhora que reflexen el seu funcionament social amaguen relacions de força (SAINT POL, 2010: 2). Les significacions socials de l'*obesitat* són diferents en el present que en el passat. En si mateix, el concepte d'*obesitat* no té el mateix sentit a la Catalunya de 2011 que tenia el 1960 o el 1850, ni per qui la defineix negativament, ni per qui la sofreix. Ara el seu significat té darrera el discurs mèdic, però també la retòrica mediàtica —omnipresent a Internet—, les estratègies mercadotècniques i les conceptualitzacions «populars» (*folk*). Expressions tan comunes i arrelades com *els michelins*, *la curva de la felicitat* o *la barriga cervecera*, fent referència a un greix

visible, antiestètic però inofensiu, o com les de *porquet, tonel, foca o fatty* emprades per ridiculitzar, avui s'associen, sense discussió, a nocions de risc, amenaça i alarma emprades indistintament per experts, polítics, periodistes o empresaris.

L'ús recurrent dels termes *epidèmia* o *pandèmia* per caracteritzar les «noves» patologies vinculades a pràctiques alimentàries i corporals ens ha dut a revisar, simultàniament, les categories diagnòstiques a partir de la crítica cultural (GRACIA-ARNAIZ i COMELLES, 2007: 21-120), en la mesura que el model biomèdic s'inscriu també en d'altres discursos hegemònics que desborden els límits de la pràctica clínica (CAMPOS *et alii*, 2006). Aquests, vinculats al món mediàtic, a les indústries que el sustenten i a la comunicació política fan d'alguns problemes de salut problemes d'*Estat*, condicionant les polítiques allà on els canvis en l'opinió pública, mesurada per enquestes o pel soroll mediàtic, poden tenir guanys lucratiu o electorals. L'obesitat, com la primor, són un negoci. Les ofertes comercials de la parafarmàcia, els llibres per perdre pes, la publicitat de productes light en són un bon exemple. També ho són la proliferació de clíniques privades i de tractaments que intenten donar cobertura i diligència allà on no arriba el sistema de salut pública, o l'interès de les companyies farmacèutiques i alimentàries per oferir solucions individuals a partir de magnificar el problema i convèncer-nos que l'obesitat és una malaltia aliena a la voluntat dels obesos (GONZÁLEZ, 2005).

Per a nosaltres, la caracterització de l'obesitat com un dels problemes més greus de salut pot associar-se al concepte i a les estratègies de *moral panic* destinades a: «to explain seemingly irrational and disproportionate societal reactions to exaggerated threats posed by some person or group of people. Although many arguments continue to rely on the notion that the level of harm believed to be presented by 'folk devils' is disproportionate to the level of harm that actually exists, critical contribution have drawn attention to the changing dynamics of claim-making activities, to folk devils, and to processes of social regulation» (GARLAND, 2008:173).¹

La dialèctica entre el discurs científic de la medicina, la seva pràctica i la seva articulació amb la indústria de la comunicació, i els *sabers folk*, on compten i molt les experiències locals, donen lloc a sabers híbrids, a actituds i a valors que en l'esfera de les relacions quotidianes tenen una importància capital. La tendència de molts pares de protegir els seus fills de totes les maleses pensables els fa particularment sensibles a consumir, de manera quasi irracional, informació

¹ El concepte de *moral panic* va néixer als primers setanta de la mà de la sociologia de la desviació i de la criminologia. Ha estat també aplicat, darrerament, a la interpretació de les respostes donades a les *amenaces corporals* i a formes de patologia. Vg. McROBBIE i THORNTON, (1995) i HIER (2008), entre les quals està l'obesitat (JOHNSON, 2005; HERNDON, 2005; LOBSTEIN, 2006; CAMPOS *et alii* 2006; SAGUY i ALMELING, 2008).

relativa al creixement, desenvolupament i educació d'infants i joves. I això esdevé un objectiu mercantil de les indústries implicades en la cura del cos i salut, en la comunicació política que necessita espais d'audiència cada cop més selectius i en la mercadotècnia per mobilitzar potencials consumidors i votants. És per això que cal presentar les notícies des de perspectives més inquietants, convertint esdeveniments quotidians, millor si tenen alguna relació amb la salut, en *pànics morals*. Creen, o sia *inventen*, pors i angoixes en poblacions molt poc habituades a observar críticament els mitjans i els discursos legitimats —especialment els científics—, sense les eines suficients per descodificar i relativitzar els missatges vinculats sovint a problemàtiques, la incidència de les quals, és molt modesta en relació a altres fets més punyents (GRACIA-ARNAIZ i COMELLES, 2007).

L'articulació entre medicalització i mercadotècnia han situat al cos físic en el centre de l'arena econòmica, social, política i cultural (COMELLES, 2011; GRACIA-ARNAIZ, 2011a). Tan central que el mercat ofereix una ampla gamma entre allò gens saludable i allò molt saludable: menjars «malsans» que engreixen però que no posen en qüestió els aliments «saníssims», orgànics, light o bio. El primer principi, basat en la llibertat de triar, és que qualsevol oferta no exclou cap consumidor malgrat sigui una bomba de rellotgeria per a la salut. Aquest principi és inqüestionable en el capitalisme i el constitucionalisme democràtic: qui tria ho fa conscientment de manera que «allà ell i la seva salut». La falsa idea subjacent és que hi hauria un «ús racional» dels productes i una població educada que eliminarien del mercat tot allò nociu. El tabac, l'alcohol i els medicaments de mostrador demostren, però, el contrari. El segon principi és que l'excés en el consum és perjudicial però patrimoni de cadascú, mentre que l'ús moderat és l'adient.

Tots dos apunten a una nova forma de moral (METZL i KIRKLAND, 2010), menys derivada d'una lògica de racionalitat científica que d'una adherència emocional. Centrar el debat a l'entorn del cos i de la responsabilitat individual en el mateix eix, respon a consideracions morals gens diferents de les que implicaven la responsabilitat en relació a l'ànima. Podem interpretar-ho com el fruit de la secularització i de la hegemonia de l'individualisme dins el relat polític del constitucionalisme liberal, que considera els individus únics responsables del seu benestar o del seu malestar. El problema és que aquest principi no exclou formes de culpabilització, victimització, estigmatització i exclusió. La resposta clàssica ha estat la *naturalització del mal* equiparant-la a una malaltia, fent desaparèixer el component de mal social inicial (DUPONT, 1984; TERRAY, 1990).

On són, però, els límits de la responsabilitat individual en termes morals, jurídics i polítics? Entre adults amb plena capacitat jurídica, podem acceptar el seu dret a prendre decisions personals malsanes, sempre que no facin greuge a altres.

Però què passa allà on la responsabilitat personal està disminuïda per la legislació civil, com en els *menors d'edat* o les persones *sota tutela*. Establir on és el límit legal entre el *menor* i l'*adult* no és gens fàcil des de molts punts de vista. De fet, els criteris per fer anar amunt o avall la majoria d'edat jurídica estan farcits de debats entre metges, psicòlegs, antropòlegs i juristes. Sovint s'associa *infància* i *adolescència* amb *irracionalitat* i *manca de responsabilitat* en la presa de decisions; de fet, la metàfora de «l'estat d'infància» va generalitzar-se també a la gent gran, a les minories culturals, les societats aborígens o als esclaus (COMELLES, 1981; PESET, 1984). La manca de responsabilitat dels infants i dels joves s'explica a partir d'un procés de «maduració», una preciosa metàfora biològica de la resistència infantil o juvenil a les ordres, a les bones eleccions alimentàries, a l'educació nutricional i a l'exercici físic. L'argument de la «manca de maduració» dels adolescents i joves té la contrapartida de desplaçar el problema a la presa de consciència de pares i educadors.

Per això, a l'hora de seguir una alimentació saludable o un règim de vida, nombrosos facultatius consideren que els portadors de l'anomalia —l'excés de greix— són responsables de la seva disfunció (GRACIA-ARNAIZ, 2007: 239): si els joves estan obesos és perquè mengen massa o perquè no saben —o no volen— menjar sà. Ara bé, on cal situar els límits de la responsabilitat individual i col·lectiva, de la persona i de l'entorn? A Europa s'està actuant arbitràriament en l'assignació de culpes. Quan les persones grasses són menors d'edat, la responsabilitat es trasllada, fins i tot mitjançant la justícia, als progenitors. El 2007 al Regne Unit la mare de Connor McCreaddie, un nen de 9 any i 89 quilos, va estar a punt de perdre la custòdia del seu fill acusada de negligència. Hi ha un nen asturià que, pel mateix motiu, porta allunyat de la seva família des de juny de 2006. Custodiat pels serveis socials del Principat d'Astúries ha perdut 40 quilos dels 100 que pesava, però no tornarà a la seva llar fins que *l'ambient familiar propiciï els hàbits saludables del nen*. El 2009 a Ourense un nen de 10 anys i 70 quilos va ser separat del seus pares per ordre judicial i entregat a la Xunta de Galícia. Són casos polèmics, doncs fins ara la judicialització de la salut dels menors només ha servit per augmentar el seu sofriment i la culpabilitat, no sempre justificada, dels seus familiars.

Per a nosaltres, les relacions de dependència d'uns respecte als altres en el context de la societat global obre les portes a un debat que ha d'implicar a pares, educadors, professionals de la salut, mitjans de comunicació i a l'Estat com a garant darrer de la *tutela* dels ciutadans. Els joves obesos, son malalts o irresponsables? Són responsables individuals de pràctiques considerades socialment o biomèdicament «malsanes»? Fins on arriba la responsabilitat de les famílies, de l'escola o de l'Estat o de la societat? Estem davant una problemàtica complexa que necessita formular-se preguntes i defugir generalitzacions fàcils. Si les mesures

per fer front a l'augment de l'obesitat es limiten a la presa de decisions individuals, en lloc de tenir en compte les possibles raons estructurals que condueixen a estils de vida poc saludables entre els joves, probablement no farem més que endarrerir solucions i permetre que el problema persisteixi. Ignorar-ho duu al fracàs de qual-sevol estratègia a mig i llarg termini —les úniques vàlides en aquest domini— de promoció de la salut.

Hem estructurat el text en dues parts. A la primera, mitjançant tres capítols, s'analitza el recorregut històric i epistemològic que ha fet d'estar gras una «nova» malaltia i dels grassos uns «nous» malalts. El primer capítol introdueix el plantejament de la recerca i especifica els objectius i les hipòtesis de treball. Al segon apartat, es duu a terme una breu revisió de la literatura socio-antropològica i mèdica, especialment en la seva vessant epidemiològica. Ambdues fonts han estat centrals a l'hora de delimitar els antecedents teòrics d'aquest treball i de definir l'enfocament metodològic. El tercer capítol contextualitza la problemàtica de l'obesitat a Catalunya i mostra la variabilitat de les dades epidemiològiques, la tipologia dels tractaments terapèutics i les mesures preventives adoptades.

A la segona part, i en cinc capítols, presentem l'etnografia sobre el «problema» de l'obesitat a les trajectòries juvenils. En el capítol quart s'aborden les representacions construïdes al voltant de la grassor i les experiències corporals dels joves. En el cinquè els agents que intervenen en la prescripció de la regulació del pes i del volum corporal, donant compte de les formes de control, la presa de decisions i la feblesa/fortalesa del compromís. Al sisè el recorregut que ens porta des de la lipofòbia cap al lipofobisme. En particular, s'analitza el procés d'estigmatització i els àmbits en què les diverses formes de discriminació es fan més punyents. En l'apartat setè, es mostren dues mirades en relació a l'obesitat i els obesos: aquella que procedeix dels professionals i aquella altra que reflecteix la visió dels joves diagnosticats en relació a la malaltia, els tractaments i el personal sanitari. Finalment, al capítol vuitè s'evidencien les respostes sorgides a la xarxa davant la concepció hegemònica de l'obesitat, la major part de les quals apunten cap a una acceptació de la grassor en tant que malaltia evitable.

Primera part
Són malalts els grassos?

El problema obesitat

La recerca sobre obesitat, i en particular sobre obesitat infanto-juvenil, ha crescut extraordinàriament durant les dues darreres dècades de la mà de la medicina, en les seves vessants epidemiològica i clínica. L'obesitat ha esdevingut una categoria nosològica i ha estat definida com un problema sanitari, establint-se quins són els principals factors causals i les propostes d'intervenció i prevenció a escala internacional, estatal i autonòmica. D'aquesta literatura, tan profusa com diversa, destaquen quatre fets que hem tingut en compte a l'hora de plantejar els fonaments teòrics i metodològics del nostre treball:

1. La virulència del fenomen: havent ocupat més que un interès relatiu en les polítiques de salut pública, l'obesitat es presenta com un mal que avança amb rapidesa: les taxes es dupliquen o tripliquen en només dues o tres dècades a Catalunya i també en d'altres països.
2. La quasi total unanimitat mostrada per experts i autoritats sanitàries a l'hora de considerar-la un problema de manca d'equilibri entre el consum d'aliment i la despesa energètica degut a un empitjorament de la dieta i a un descens de l'activitat física.
3. La incongruència entre les principals causes apuntades (canvis en l'entorn) i les mesures adoptades (canvis en les conductes individuals mitjançant l'educació nutricional).
4. La seva ràpida medicalització: a les dues darreres dècades s'han multiplicat les activitats científiques (congressos, fòrums, revistes especialitzades), les institucions internacionals i nacionals per estudiar-la i combatre-la (International Obesity Task Force, Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, International Association for the Study of Obesity, The European Association for the Study of Obesity...) o els tractaments clínics i farmacològics o els serveis sanitaris especialitzats.

Per la seva banda, la literatura socioantropològica sobre obesitat també ha augmentat als darrers anys. La problematització de la grassor s'enten com a una «nova» paradoxa útil per il·lustrar la complexitat estructural de les societats contemporànies. Els estudis recullen quatre enfocaments diferents que, sense ser excloents entre si (POULAIN, 2009; GRACIA-ARNAIZ, 2009), remarquen aspectes diversos:

1. S'assumeixen els pressupòsits epidemiològics sobre l'origen causal i l'evolució de l'obesitat, aportant recursos teòrics i metodològics específics de les Ciències Socials per aprofundir en el que es consideren factors socials determinants.
2. S'analitzen les representacions i les pràctiques entorn al cos i al menjar en contextos culturals i històrics diversos, fent èmfasi en els significats i les experiències èmic —el punt de vista dels actors socials— sobre el cos corpulent.
3. S'estudia la desigual distribució de la grassor en relació a variables com el gènere, la classe social o l'origen ètnic, establint els factors estructurals que afecten els sistemes alimentaris, les relacions de poder que determinen l'accés al menjar i les condicions de vida dels grups socials.
4. S'estudien les concepcions biomèdiques, la praxi clínica i les polítiques de salut sobre l'obesitat, analitzant el seu impacte sanitari i social.

El nostre estudi s'ha de situar entre els tres darrers punts, encara que l'èmfasi es faci en els efectes de la medicalització i la subsegüent mercantilització de l'excés de pes, en l'augment de l'estigmatització social i les formes de discriminació entre els joves. Ambdós tipus de literatura, però, han estat bàsics per establir els antecedents teòrics en què s'emmarquen els objectius i les hipòtesis d'aquesta recerca i per comprendre el recorregut epistemològic que ha fet de l'estar gras una nova malaltia, i dels obesos uns nous malats (GRACIA-ARNAIZ, 2010a, 2010b, 2010c). Com veurem a continuació, la revisió de la literatura socioantropològica permet contextualitzar *l'obesitat com a fet cultural* i relativitzar, així, el «caràcter anòmal» de certes pràctiques alimentàries i estats corporals. Serveix per evidenciar que el cos no és mai simplement biològic o socialment construït, per refermar-nos en la necessitat de contextualitzar l'emergència i evolució dels problemes de salut en processos dinàmics i d'ampli abast i per comprendre com certs repertoris esdevenen culturalment dominants a l'hora d'explicar-los i tractar de resoldre'ls.

Per què els joves?

A diferència de bona part de la recerca epidemiològica i clínica feta a Catalunya, aquest estudi proposa un enfocament interdisciplinari que, incorporant una dimensió holística i diacrònica, permet contextualitzar i comprendre diverses narratives sobre estar gras. Hem focalitzat l'estudi en el jovent. Cal distingir, però, entre «joventut» en tant que tram d'un procés biogràfic i vital, i «joves», com individus que estan en un tram del procés biogràfic i vital (ROMANÍ, 2010: 17). Una cosa és «ser jove», o sia, la naturalesa de la joventut, i altra la situació social en què els joves desenvolupen el seu procés biogràfic i vital en la diversitat, bé per constriccions biològiques, familiars, situacionals o institucionals. Al mateix temps, ens allunyem de la perspectiva basada en l'integracionisme, que identifica la joventut com a una moratòria fins la presa de responsabilitats dels adults o en el conflicuisme intergeneracional, per optar per un enfocament que posa èmfasi en la biografia, el construccionisme i les constriccions socials (WALTER i STAUBER, 2002). Això implica tenir present la perspectiva dels itineraris socials dels joves en transició professional i familiar i posar èmfasi en el sentit i interpretació de formes d'ajustos a fites a assolir o a formes de marginalitat social. Així, doncs, la diversitat es tindrà present al llarg de tot el treball.

Partint d'un estudi etnogràfic en el dispositiu assistencial i a Internet, hem analitzat les representacions i les experiències sobre ser gras i sentir-se gras. En primer lloc, hem centrat l'atenció en la relació establerta entre els «estats» corporals i les trajectòries personals i socials dels joves per veure si, específicament, el sobrepès afavoreix formes de discriminació en l'àmbit familiar, formatiu, laboral i lúdic. Sovint, fenòmens relatius al cos i a les pràctiques alimentàries en la mesura que estan relacionats amb el *self* i la identitat, donen lloc a situacions de desigualtat i discriminació social. Estan descrits malestars i problemes de salut que afecten de manera diferent a les poblacions. L'obesitat, n'és un bon exemple.

Pensem que les representacions i experiències al voltant de la corporalitat no són iguals per a tothom, ni romanen igual al llarg del cicle vital. Edat i gènere esdevenen condicionants rellevants. Ambdues variables afecten les trajectòries personals i socials dels joves. Si la negativitat atribuïda a l'estar gras es viu incòmodament des de la primera socialització, s'accentua durant l'adolescència. En aquesta etapa el cos té un paper determinant en les relacions interpersonals i en la construcció de la identitat. La corporalitat juga un paper important en els itineraris dels joves en les diferents modalitats de transició a la vida adulta. Quan l'aspecte físic s'allunya dels patrons estàndards, el procés d'estigmatització s'activa a diferents espais relacionals, dificultant els contactes socials i, per desviació de la norma corporal, afavorint la desvalorització del subjecte. En les dones, les formes

de discriminació són més punyents, i sovint l'obesitat apareix vinculada amb itineraris on la precarització és freqüent.

En aquest estudi utilitzem la noció d'*itinerari* per referir-nos a les modalitats per «hacer o hacerse un camino, partir de un lugar para llegar a otro lugar, seguir rutas marcadas, enfrentarse a opciones diferentes en cruces de caminos, sufrir condiciones climáticas favorables o desfavorables, capacidades de orientación, toma de decisiones, pérdidas o desviaciones, logros y fracasos finales, etc.» (PLANAS *et alii*, 1995:17). L'*itinerari* és el resultat de la interacció complexa amb l'entorn, els dispositius de transició i les oportunitats, els èxits i els fracassos de cada jove. El concepte no vol ser normatiu, sinó descriptiu perquè intenta recollir allò que ells fan en el seu procés de transició, i analític perquè intenta entendre la interacció entre el context social i l'acció dels individus.

En segon lloc, hem volgut saber si el *procés de medicalització* de les pràctiques relatives al cos i a l'alimentació, en lloc d'afavorir la desestigmatització de les persones obeses, la reforça. Plantegem que el rebuig social ha augmentat coincidint, no només amb la idealització i la mercantilització del cos prim, sinó amb la medicalització del pes corporal, així com amb la definició de la grassor com a malaltia. En aquest sentit, l'ambivalència acompanya la definició d'obesitat. Si des de la concepció biomèdica, els joves grassos serien, d'una banda, malats en tant que víctimes d'una societat consumista i permissiva, de l'altra estarien considerats culpables del seu pes en tant que no segueixen les normes establertes per controlar-lo. D'aquesta forma, la responsabilitat individual d'estar gras acabaria éssent assumida pels obesos com part de l'estigma i els faria sentir encara més culpables. En aquest sentit, hem volgut saber fins a quin punt ells consideren l'excés de pes com a una malaltia, si es defineixen a si mateixos com a malats i si aquesta definició els ajuda o no a millorar la seva relació amb el cos i l'entorn. Donat que el nostre enfocament és relacional, també hem volgut tenir en compte les narratives dels professionals en la seva interacció amb els joves sotmesos a tractaments.

La mirada construïda sobre estar o ser gras és socialment i moralment reprovadora i està articulada, com hem assenyalat abans, amb la persistència d'una concepció moral de la golafreria, com a excés que trenca amb la virtut de la temperança (COMELLES, 2011; GRACIA-ARNAIZ, 2010, 2011). Per això, sobre les persones «grasses» recau la condemna pel «pecat» de golafreria i la culpabilitat i la desvalorització per ser-ho. Mentre que durant la infància la responsabilitat d'estar o ser gras gira al voltant de la família, entre les persones joves en la mesura en què s'independitzen, la culpabilitat s'individualitza i la causalitat es delimita sobre l'adequació o no de les conductes individuals. Si hi ha joves obesos és perquè, teòricament, *no volen, no poden o no saben* menjar bé i fer exercici regularment.

La falta de voluntat i control de si mateix, la manca de coneixements nutricionals o la mandra per moure's acostumen a ser els arguments mèdics més utilitzats per explicar l'obesitat juvenil i exculpar-los parcialment del vici de la golafreria o de la droperia —per no fer exercici físic. Curiosament, el discurs mèdic incideix en dues conductes reprobables, pecaminoses, profundament arrelades culturalment —*embodied*— i deixa de banda les dimensions estructurals i subjectives de la seva causalitat.

Malgrat que l'obesitat s'associa amb formes de discriminació social específiques, hem volgut saber si la joventut ha creat mecanismes d'emancipació (activisme, associacions d'ajuda mútua, fòrums de discussió) per evitar i/o reduir l'impacte que l'estigmatització pot tenir en les seves relacions interpersonals i, si és així, si aquests estàn relacionats amb els moviments socials que, promoguts per gent jove a d'altres països, s'han creat al voltant de l'activisme d'associacions com la «international size acceptance». Aquests moviments emancipatoris, consolidats a través d'Internet, sorgeixen com alternativa als missatges anti-obesitat que inunden mitjans de comunicació, consultes mèdiques, escoles o oficines, i qüestionen l'evidència —suposadament científica— que *el greix mata*, que estar o ser gras és patològic i que totes les persones obeses, principalment si han estat adolescents o joves grassos, són o seran malalts. Ens interessa conèixer les estratègies que hom duu a terme per «sobreviure» en un món on estar o ser prim és un filtre per la mobilitat social i per oferir alternatives per reduir l'impacte de les formes de discriminació.

Obesitat i lipofòbia

L'obesitat cultural

A les societats industrialitzades la (*lipo*)fòbia (FISCHLER, 1995), entesa com el rebuig sistemàtic dels greixos i el temor a engreixar, constitueix un fenomen relativament recent. I subratllem que relativament recent perquè, si bé la preocupació pel pes i les formes corporals augmenta al llarg del segle xx, la problematització de l'excés no és en absolut actual. Aquest fenomen es consolida durant el darrer segle coincidint amb la consecutiva transformació de l'estatus epistemològic atorgat per la medicina a la grassor i amb la promoció mèdica i mercantil de la primor. El coneixement mèdic, com d'altres formes de coneixement, inclou concepcions i pràctiques que estan en dependència dels determinants sociohistòrics en què es donen i són constantment renegociats. Avui, els judicis negatius sobre la grassor són majoritàriament compartits. En aquesta negativització, com ara mostrarem, han jugat un paper rellevant la moral de l'Occident cristià, reclamant prudència i

mesura i menyspreant la golafreteria, la pròpia evolució del coneixement científic, mostrant l'estreta relació entre dieta i salut, i els canvis haguts en les representacions del cos, que han convertit la primor corporal en un signe de salut, disciplina i control social i l'obesitat en tot el contrari.

Dejunar, o afartar-se i les seves conseqüències —estar prim o estar gras— han estat, històricament parlant, relacionats amb variables culturals, econòmiques, socials, religioses —per la via dels tabús alimentaris—, i morals —com el pecat capital de la golafreteria (COMELLES, 2011)—. El dejuni està reglat en el monaquisme cristià, en el Ramadà musulmà i en les pràctiques d'abstinència de Quaresma per als catòlics. Afartar-se en dies festius, com en la gastronomia nadalenca, forma part d'un model cultural que resisteix la hegemonia de la retòrica de l'estar prim.

Malgrat el seu rebuig al cos, els escriptors cristians de l'Antiguitat Tardana acceptaren els escrits mèdics dels clàssics. El *Corpus hippocraticum* emfatitza sobre una concepció del règim (*diatei*) basat en l'alimentació i l'exercici físic equilibrats, però en relació íntima amb els contextos naturals en els quals hom viu (HIPÓCRATES DE COS, 1986). La idea d'equilibri presideix el conjunt de la vida sencera de l'individu, i aquest equilibri implica fugir dels excessos però en els escrits hipocràtics s'entén que el règim és una tria personal, no és imperativa ni prescriptiva: és un consell de salut. Més encara, malgrat que Hipòcrates vincula exercici físic i alimentació al *règim* ho fa assenyalant la necessitat d'adaptar tots dos als contextos ecològics, socials i culturals de l'entorn.

De l'actitud relativista dels hipocràtics, el Cristianisme en feu una prescripció universal. El règim esdevé un estil de vida, la *temperança* que és prescriptiu. L'excés, implica sanció moral, el *pecat capital* de la golafreteria. Però el Cristianisme fou indiferent al paper de l'exercici físic doncs aquest remet al cos i no al plaer associat al menjar. La *temperança* per tant, *un règim de vida en el just medi* no es relativitza en funció dels contextos locals. L'ascetisme monàstic, vinculat al misticisme i al vot de pobresa, també estava concebut com un *règim de temperança* que el feia virtuós i gens malsà, per cert, al costat de la renúncia al fornici o a posar en qüestió el plaer per la via del dolor a partir de l'ús de cilicis o d'exercicis penitencials (COMELLES, 2011).

Al delimitar allò que pertany a l'autoritat mèdica i la teologia, l'escolàstica cristiana adopta una actitud més relativista del que a vegades hom pensa en relació amb el món natural. La *diateia* dels hipocràtics s'ajusta bé a un model de societat que pot cercar la felicitat sempre que el seu *règim* es situï en un just mig, una felicitat terrenal:

We the People of the United States, in Order to form a more perfect Union, establish Justice, insure domestic Tranquility, provide for the common defence, promote the general Welfare [sic], and secure the Blessings of Liberty to ourselves and our Posterity (*The Constitution of the United States*).²

El concepte de *welfare* deriva de la ètica aristotèlica revisada per l'escolàstica i compartida per la teologia cristiana. La *diligència*, la *temperança*, la *prudència* i la *justícia*, i l'absència d'*excessos* són clau en un tipus de vida que implica l'*embodiment*³ d'una *diatèia* saludable. La hipocràtica corresponia a una medicina de classe, destinada a les classes ocioses i opulentes, però el desig igualitarista dels fundadors, tots ells procedents de les classes mitges o altes educades, vol transportar al conjunt de la societat el mateix principi, com un principi absolut, en bona mesura com un *dret natural* més a prop de la *definició mèdica* d'aquest que de la teologia com a conseqüència de la secularització de la societat, i pel paper creixent dels metges com a intel·lectuals orgànics —encara que no els únics— en tal procés (COMELLES, 2011).

Aquestes referències són necessàries, doncs les propostes de la biomedicina en relació a l'obesitat, o sia *la combinació de dieta i d'exercici*, no poden substreure's a les *dimensions culturals* derivades dels processos de difusió de la medicina escolàstica i del significat moral de la *golafreteria* i la *temperança*. En aquest domini, s'hi articulen des del segle XVIII directrius derivades del desenvolupament de codis de civilitat, allò que Elias (1973) anomenà la *civilització dels costums* i que inclou la invenció d'unes *manières de table* (LÉVI-STRAUSS, 1970) i d'una *civilització de la gana* (MENNELL, 1985:323), on sempre opera en *background* el pensament mèdic i el moral.

El procés de civilització dels costums, la gana inclosa, opera establint normes i regles, més o menys imperatives. No són el producte de *consensus* socials, sinó d'una producció discursiva hegemònica destinada a colonitzar les classes subalternes, d'una banda a partir de processos educatius —la *bona* i la *mala* educació—, o a través del seu emmirallament en les classes hegemòniques.

Com posen de relleu les etnografies de les classes populars urbanes o del camperolat, les seves pràctiques alimentàries foren vistes com a pràctiques «resistencials» vinculades al concepte de supervivència (*survival*) o interpretades en forma d'adaptació als recursos disponibles. La paradoxa és que la mirada relativista sobre la varietat de pràctiques i costums no sempre fou recuperada com un avantatge. Tanmateix, a diferència del que mostren les descripcions etnogràfiques de les dietes

2 <<http://www.usconstitution.net/const.html>>. Preamble, visitat el 25-1-2010.

3 El concepte d'*embodiment* (CSORDAS,1994) està vinculat al paradigma de la fenomenologia.

locals entre el camperolat —pràctiques i creences alimentàries concebudes com a *trets culturals*—, i al marge de les *regles d'urbanitat* que regien al mateix temps la *bona educació* —cosmopolita— de les classes civilitzades a tot el món Occidental, influiria també en la distinció entre un model de cuina culta —a partir de l'anomenada *cuina francesa en la qual desapareix per fusió el concepte de local*— i una altra de *regional, local o popular* menys sofisticada, però sovint saborosa.

L'emergència d'una urbanitat laica i *res publicana* s'alimenten mútuament amb la cristiana en la mesura que no són contradictòries. Per això, en l'ètica capitalista d'arrel protestant (un bon exemple de la qual es pot veure a la pel·lícula danesa *El festín de Babette*), la disciplina i la crítica als tiberis copiosos anaven de bracet amb el llistat de mals a què donaven lloc, i la presa de consciència que els excessos pantagruèlics eren la porta a atacs de feridura o de cor. El canvi es situa en què la participació en tals àpats no és entesa com la conseqüència de fenòmens socioculturals de comensalitat ritual o festiva, sinó com el producte de la voluntat individual, d'una responsabilitat moral que vindria establerta a partir d'una afinitat entre la gestió mèdica del règim i el desenvolupament del capitalisme en la seva cerca d'uns treballadors sans i d'elevada productivitat.

Per regla general un cos corpulent, tant en dones com en homes, ha estat considerat un factor de salut a la majoria de societats, fins on arriba el registre etnogràfic i històric. Hom pensava que permetia afrontar les crisis alimentàries cícliques amb garanties. La hipocràtica no insisteix en estar prim i sec, sinó sà en el context local on toca viure. A Occident, aquesta posició pot documentar-se fins als anys seixanta del segle passat,⁴ de manera que la visibilitat de les persones grasses en l'espai públic actual *no és* una conseqüència del «capitalisme» *tout court* doncs aquest es desenvolupa ben abans de 1939. En tot cas, sí té relació amb *l'actual fase del capitalisme a alguns països en especial*. Als Estats Units podem veure persones extremadament grasses a alguns estats però no a tots, i el mateix passa al Regne Unit. Les estadístiques regionalitzades mostren, com veurem més endavant, diferències perquè en el món tan global, els ajusts són locals i la diversitat local pesa a l'hora d'explicar conductes. Però també eren visibles persones grasses a la Barcelona del tardo franquisme i a qualsevol fotografia antiga. De fet, la tolerància cap a les persones grasses era també una conseqüència de la indiferència del capitalisme respecte la qualitat de la salut dels individus. Per això el sistema va resistir-se el que va poder a les assegurances de malaltia i socials i a millorar les condicions de vida de la classe obrera. Al costat d'aquest desinterès, la etiqueta

4 Entre 1945 i 1960, en plena construcció de l'Estat del benestar modern, i amb la por a la tuberculosi al cos, menjar no tenia cap mena d'estigma i els referents iconogràfics dels cossos perfectes —especialment al cinema— eren homes i dones fets i refets.

burguesa i aristocràtica consistia, sovint, a atipar-se de valent, com un banquet fet a Itàlia el 1907, un *signe de distinció*.

El banquet burgès-aristocràtic —en el qual s'amaga la dimensió de golafreria que suposava—, tenia i té una forta ritualització i etiqueta que el diferencia de la percepció que els escriptors cristians tenien de les bacanals paganes. Al banquet si bé la ingesta d'alcohol pot ser present i abundosa, altres factors com el lúbric impliquen privacitat. La ritualització dels banquets ha evolucionat des de l'etiqueta burgesa fins al present en què esdevé un patrimoni de la classe mitjana amb una evident estilització.

Turner (1982 i 1999) afirma que la dieta moderna està vinculada a un moviment més ampli de regulació de les conductes dins la Higiene pública i privada des del segle XIX. El *règim* adquireix un valor de pràctica disciplinària de govern del cos, però la seva aplicació tindrà més a veure amb l'estat de malaltia que amb el de salut, on és confon amb una forma d'etiqueta. Això és una conseqüència del procés de medicalització, en la mesura que el principi hipocràtic del règim —de fet un estil de vida—, esdevingué una estratègia terapèutica de la mà de la pràctica mèdica escolàstica (GRASSET, 1882). L'expressió «m'han posat a règim» o «me han puesto a plan» revela la imposició i la prescripció. Però aquesta implicava un temps limitat d'aplicació, vinculat a la història natural de la malaltia. Durava el que durava el procés. No tenia per què ser permanent, i el problema es planteja quan, a redós del descobriment de la fisiopatologia de la diabetis mellitus calgué normativitzar el règim alimentari d'aquests pacients, així com el descobriment de les malalties carencials incità a establir prescripcions alimentàries específiques.

El canvi té a veure amb la transició dels patrons epidemiològics dominants d'una etapa secular caracteritzada per la mortalitat derivada de «les febres», o sia de la patologia infecto-contagiosa aguda, a una altra caracteritzada per la morbiditat de llarg curs, per les malalties crònic-degeneratives en les quals els factors alimentaris són part visible: en general tota la patologia vinculada a l'aparell circulatori, hipertensió, patologia cardiorespiratòria, etc. que s'associa ben aviat a certs factors alimentaris i en major o menor mesura a la golafreria. Per això, la biomedicina recupera la noció escolàstica «d'excés» per caracteritzar patològicament, no la compulsió massiva de la societat al consum sinó les *conductes extremes* dins la compulsió, especialment l'alimentària. És com si la incitació a la compulsió fos una cosa perfectament acceptable però la compulsió dins la compulsió no. L'anorèxia és passar-se de la ratlla, també la bulímia i, per què no l'obesitat i el sobrepès. Tot són *excessos*, al mateix nivell que pot encunyar-se el concepte de *sexaholic* paral·lel al de *workaholic* o al d'*alcohòlic*. En tots els casos hi juga un paper decisiu la compulsió, l'excés.

Uns i d'altres, de maneres diferents i amb interessos diferents però no contradictoris, treballen en i per a la construcció de l'*obesitat* com *categoria nosològica*. L'obesitat i els TCA no serien més que casos específics dins una constel·lació en la qual s'inclouen la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica, la síndrome premenstrual... El problema és que aquestes «entitats patològiques» s'associen sistemàticament a processos d'estigmatització i discriminació social que s'han d'entendre com a formes de culpabilització, pressió i control social sobre les víctimes.

En efecte, al compàs del procés de normalització dietètica i corporal, l'estigmatització dels grassos ha anat en augment, acusats de ser una mena de delinqüents nutricionals (BASDEVANT, 2009:120). Encara que discursivament s'accepta que la diferència és un valor i un tret característic dels éssers humans, en el cas de la corporalitat, saltar-se la norma per excès constitueix quasi un delictes. De fet, dels dos estereotips que segons Fischler (1995) s'han construït a Occident al voltant de la grassor —el gros-llaminer acceptat socialment per simpatia i el gros-golafre rebutjat per ser egoista i ociós— ha triomfat finalment el segon, entenent-se que les persones obeses mengen desenfrenadament, transgredint les normes de compartició i disciplina. La primor no només es presentada com atractiva, sinó que s'associa amb la mesura, l'esforç i el control. En canvi, la grassor és considerada física i moralment insana, obscena, pròpia de mandrosos compulsius.

L'obesitat biomèdica

En poc més d'una dècada, la medicina ha canviat l'estatus epistèmic de l'obesitat (POULAIN, 2009). Ha passat de simple factor de risc, a patologia d'abast planetari. La biomedicina descriu avui l'obesitat com una malaltia crònica, epidèmica i multifactorial —hi hauria causes funcionals i ambientals—, que afecta tot el planeta. Contribueix a augmentar les taxes de morbiditat i mortalitat a l'associar-se a malalties cròniques no transmissibles (ECNT) com la diabetis mellitus, la hipertensió o els trastorns cardiovasculars, incideix en l'augment de mort prematura, en la pèrdua d'anys de vida saludable i eleva els costos assistencials (LE GUEN, 2005). El 1995, la seva prevalença en edats juvenils s'havia duplicat respecte a les dècades anteriors (FLEGAL *et alii*, 1998; TORGAN, 2002; VANLANDEGHEM, 2002), i el 2000, als Estats Units, en població juvenil adolescent ja era del 10'9%, la meitat que el sobrepès (22%) (GORAN, 2001). Segons l'OMS més de 1600 milions de persones adultes tenen sobrepès i, d'elles, al menys 400 milions, estan obeses.⁵ Alguns la conceben com una (socio)patologia recolzant-se en la seva desigual distribució, ja que en les societats industrialitzades i, cada vegada més, en els països en transició o en vies

5 Informació disponible a <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>>.

de desenvolupament afecta a les poblacions amb menys recursos socioeconòmics (STUNKARD *et alii*, 1993) i, en segons quins llocs i grups d'edat, més a les dones que als homes o a l'inrevés (BARBANY i FOZ, 2002; ARANCETA, 2008).

Per anar més enllà d'una caracterització purament empírica de l'obesitat, la forma més comuna per mesurar-la és a partir de l'índex de massa corporal (IMC), que consisteix en dividir el pes en quilos per l'alçada en metres al quadrat. L'OMS ha suggerit una classificació emprant-lo (Taula 1), acceptada també per la SEEDO (*Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad*):

Taula 1. Definició segons l'Índex de Massa Corporal

Índex de Massa Corporal	
Pes insuficient	<18,5
Normopès	18,6 - 24,9
Sobrepès grau I	25 - 26,9
Sobrepès grau II	27-29,9
Obesitat grau I	30-34,9
Obesitat grau II	35-39,9
Obesitat grau III (mòrbida)	40-49,9
Obesitat grau IV (extrema)	= o>50

Davant la varietat en les formes de l'acumulació i distribució del greix corporal, hom descriu l'obesitat *androide*, *central* o *abdominal*; *ginoide* o *perifèrica* (en forma de pera) o de *distribució homogènia* i formes hiperplàstiques, hipertròfiques, primàries i secundàries. D'aquestes, les que s'associen a un major risc per a la salut són l'obesitat de classe II, III i IV (Taula 2).

Taula 2. Obesitat i risc per la salut.

	GRAU	IMC	RISC
Classe 0	Normal	20 - 24.9	Molt baix
Classe I	Obesitat lleu	25 - 29.9	Baix
Classe II	Obesitat moderada	30 - 34.9	Moderat
Classe III	Obesitat severa	35 - 39.9	Alt
Classe IV	Obesitat mòrbida	³ 40	Molt alt

Font: American Heart Association⁶

⁶ Hi ha altres mètodes per avaluar el grau d'obesitat i la quantitat de greix corporal, amb diferències en cost, aplicabilitat i exactitud, com l'índex de pes per la talla o pes relatiu, mesura de plec cuta-

L'obesitat ha estat, històricament parlant, un *signe clínic* per determinades afeccions o un *estat*. Com a signe clínic s'associa a altres signes i símptomes per fer diagnòstics. Però si aprimar-se de manera sobtada i sense raó aparent en un adult de mitjana edat pot ser l'alerta d'una neoplàsia, o associada a tristor i cefalees pot indicar un trastorn afectiu, aprimar-se també és la conseqüència, no precisament patològica, de la gent condemnada a no menjar o que pateix fam i desnutrició. La *polifàgia*, tanmateix, és un dels signes, amb la poliúria i la polidípsia, de la diabetis.

Sovint es considera que els problemes alimentaris, i en particular aquells relacionats amb el pes, tenen el seu origen en la quantitat d'aliments ingerits, com si els efectes de menjar en el cos fossin una mera operació aritmètica (GRACIA-ARNAIZ, 2009): ens engreixem o aprimem segons les calories consumides/gastades. La realitat, però, és menys simple, ja que el pes dista de dependre exclusivament de les quantitats d'aliments ingerits. Intervenien, juntament amb l'entorn, mecanismes hormonals i neuronals, factors genètics, metabòlics i constitucionals que no s'han de menysprear (ALEMANY, 2003: 48).

Malgrat que l'estat d'obesitat, des dels temps hipocràtics ha estat vist com la conseqüència de menjar massa, els actuals tractats de patologia distingeixen una sèrie de causes principals (ALEMANY, 1996; BARBANY i FOZ, 2002; MORENO, MONEREO, ÀLVAREZ, 2006; RUBIO, *et alii* 2007; TÉBAR-MASSÓ, GARAULET-AZA, GARCÍA PRIETO, 2003).

- *Essencial*: és la més freqüent i es refereix a causes d'origen intern —el desequilibri del balanç energètic pot ser degut a una falta de control en la ingesta o en el gasto energètic, a fallos en la regulació de les reserves lipídiques o a desajustos en la distribució de nutrients entre los tejidos—⁷que tenen a veure amb factors genètics i metabòlics individuals. Es deu a l'alteració en els mecanismes que contribueixen a la regulació del pes corporal i de les reserves energètiques (essencialment dels dipòsits de teixit adipós). Intervenien mecanismes neurals, metabòlics i hormonals.
- *Endocrinològiques*: inclou el 5% del casos i refereix causes endocrinològiques conegudes com ara l'hipotiroidisme o la síndrome de Cushing.
- *Hipotalàmiques*: són casos poc freqüents i es tracta d'obesitats causades per traumatismes, tumors, infeccions, cirurgia...

nis, mesura de circumferències corporals, impedanciometria bioelèctrica, ultrasò, tomografia axial computada, etcètera. Altres mètodes estan destinats gairebé exclusivament a la recerca, com la densitometria per immersió, mesura de potassi 40 corporal, estudis de conductivitat (TOBEC), ressonància nuclear magnètica, mesura d'aigua corporal total, absorciometria dual per raigs X, etcètera.

⁷ RUBIO y col., 2007.

- *Genètiques*: inclou l'obesitat deguda a anormalitats cromosòmiques. Inclou síndromes de rara aparició i s'associen a problemes de desenvolupament físic i intel·lectual, com ara Prader-Willi, Wilson-Turner, Laurence Moon-Biedl, etcètera.
- *Farmacològiques*: les causes es produeixen per efecte iatrogènic de fàrmacs com ara la insulina, els antidepressius tricíclics, els estrògens, les hidrazides...

La medicina reconeix que el 90% dels casos són d'obesitat essencial (BARBANY i FOZ, 2002). *Essencial* és un terme emprat en nosologia per designar patologies de les quals la causalitat és desconeguda i no està sostinguda plenament per proves científiques. Remet a una vaga causalitat *natural*, associada a dimensions biològiques o genètiques i té com a sinònim el concepte d'*endogen*, de molt vella tradició en salut mental. El problema de l'endogeneïtat, que sempre ha estat font de polèmica en els criteris diagnòstics, és com identificar l'obès amb criteris «científics». Hacking (2005) s'acosta al nucli dur del problema, però no el resol del tot quan ho atribueix a la tendència de la medicina a normativitzar, i a l'hegemonia de la mesuració. Probablement, com molts altres estudiosos, creuen que la medicina és *bastant científica*, malgrat que els propis metges afirmen que en medicina dos i dos tenen la tendència a no ser quatre. La tensió entre la temptació *experimentalista*, i l'*empirisme* en medicina ve del segle XIX i la mala resolució del debat és la que ha conduït a la medicina del segle XX i XXI a minimitzar o estereotipar el paper del que és cultural i social no ja només en la disciplina, sinó a l'hora d'establir la causalitat sobre l'origen i l'evolució de les malalties.

En general, però, la major part d'autors accepten la multicausalitat per explicar l'increment de l'obesitat, tot i que les aproximacions epidemiològiques han posat un èmfasi desigual en els factors determinants, les evidències i les possibles solucions (LANG i RAYNER, 2007). En aquest sentit hi ha diverses teories competint, malgrat que algunes són molt semblants, sobre allò que realment és problemàtic en relació amb l'obesitat. Dintre d'aquestes aproximacions destaquen:

Causalitat biològica

S'assenyala que la predisposició a emmagatzemar greix és una herència vinculada a l'evolució humana (gen estalviador); es parla de la influència genètica en la determinació del pes; es mencionen les causes neuroendocrines, metabòliques; s'assenyala la desnutrició *in utero* o també el consum de certs fàrmacs. Una de les evidències que sustenten aquesta causalitat és que persones que mengen el mateix poden no guanyar o perdre pes en la mateixa proporció. Com a una possible

solució es proposa que els aliments funcionals i la nutrigenòmica modifiquin les predisposicions individuals.

Causalitat econòmica

Els estils de vida han canviat substancialment amb el desenvolupament de la societat post-industrial i de consum, i en particular amb el sistema alimentari modern. Una evidència és que el sistema agrícola promou la producció de molt menjar, i més barat. S'expandeix el model *US Fast-food*. Uns parlen de *macdonalització* d'alimentació, altres d'occidentalització. Hi ha, en qualsevol cas, un sobreconsum de greixos i sucres segons l'OMS. Una possible solució és que els consumidors, davant la diversitat, poden escollir el que desitgin. Es podrien gravar els àpats alts en greixos amb una mena d'impost o TAX FAT.

Causalitat tecnològica

Es fa èmfasi en les transformacions tecnològiques. El petroli i l'electricitat, com a fonts d'energia, han substituït, en part, la necessitat d'energia alimentària. Com a evidència s'esmenta que l'activitat física ha decaïgut en les *societats de l'abundància* pels desplaçaments mecanitzats i per les màquines en el treball. Es planteja com una solució que l'energia física hagi de ser més usada en la vida quotidiana.

Causalitat cultural

El màrqueting i publicitat produeixen noves normes culturals sobre què, on i com menjar i són agents actius en la introducció de nous consums alimentaris. Una prova és que la inversió publicitària alimentària i de refrescs s'ha incrementat i ha canviat les cultures alimentàries. Molts dels aliments industrials són processats (snacks, refrescs...) i incorporen substàncies de dubtosa qualitat. Es planteja com una possible solució fer servir el màrqueting social per invertir la tendència en consum, ja que podria emular el comercial però per promoure el menjar saludable.

Causalitat psicosocial

Les eleccions i preferències alimentàries són íntimes i expressen identitats socials/ individuals. La inseguretat o la manca d'autoestima es compensa de vegades a través del menjar. És una evidència que l'obesitat s'ha incrementat malgrat l'obsessió per la primor. Una possible solució s'encara al canvi en els patrons de socialització alimentària a nivell individual/familiar.

Ambient obesogènic

L'obesitat és una resposta fisiològica normal a un ambient anormal o inapropiat. La fisiologia humana està desenvolupada per fer front a situacions de manca de provisions i no de sobreabundància i declivi de la despesa energètica. Partint d'aquest enfocament, es contempla com a solució canviar els entorns físics i dietètics perquè l'equilibri fisiològic re-emergeixi.

La transició nutricional

L'origen de l'obesitat es correspon amb canvis històrics en els patrons sociodemogràfics, d'alimentació i estils de vida lligats a la globalització econòmica i tecnològica i el seu impacte en indicadors i estats d'alimentació, salut i nutrició (POPKIN, 2004). Aquests canvis s'han succeït en molts països industrials i en transició. La transició nutricional no ha estat necessàriament positiva. Per això, com a possible solució, hom parla de tornar al patró dietètic anterior, és a dir, recuperar les anomenades «dietes tradicionals» o les seves versions actuals com la «dieta mediterrània».

Salubristes i polítics invoquen freqüentment les teories de *l'ambient obesogènic i la transició nutricional* per donar compte dels factors culturals que justifiquen l'augment del sobrepès. De fet, ambdues aproximacions impregnen les polítiques alimentàries contemporànies. Suggereixen que l'*epidèmia* de obesitat és un mal evitable, que pot controlar-se i s'ha de prevenir perquè no només empitjora la salut de les persones, sinó perquè costa diners a l'erari públic:⁸ «La obesidad es cara, y es una carga para los sistemas de salud. A lo largo de sus vidas, los gastos de atención médica para personas obesas son por lo menos 25% mayores que para gente de peso normal y aumentan rápidamente al subir de peso. Sin embargo, la reducción en la esperanza de vida es tan grande que la gente obesa incurre en costes menores de atención médica sobre el curso de su vida (13% menos, según un estudio holandés) que aquellos de peso normal —pero más que los fumadores, en promedio» (INFORME OECD, 2010⁹). És així, com l'obesitat esdevé també un problema econòmic. En un marc polític en què la grassor es declara «enemic» número 1 de la salut, les persones obeses, en la mesura que treballen menys i augmenten els costos assistencials, esdevenen sens dubte el proper grup susceptible de ser perseguit i regulat.

Val la pena apuntar, però, que l'estimació del cost de l'obesitat té, també, dificultats metodològiques i biaixos interessats (GONZÁLEZ, 2005: 84). Les xifres

⁸ A Europa s'estima que els costos superen el 7% de la despesa sanitària total (LLIBRE VERD, 2005).

⁹ <<http://www.oecd.org/dataoecd/13/20/46068529.pdf>>. Visitat el 16-11-2012.

varien d'un any a l'altre. En el Center for Disease Control hi ha hagut una controvèrsia metodològica sobre atribució de riscos, i les xifres de mortalitat atribuïble han sofert una tendència a la baixa. El cost econòmic de la malaltia als Estats Units s'havia avaluat el 1998 en 117.000 milions de dòlars i el 2003 aquest cost sanitari atribuïble directament a l'obesitat és de 77.000 milions. Segons els països, s'estima que l'obesitat representa entre el 2 i el 8% de la despesa sanitària. A Espanya un Llibre Blanc elaborat mitjançant un Delphi estima els costos de l'obesitat al voltant del 7%. Per a González aquesta imputació resulta poc fiable, ja que si la prevalença és mitjana no es poden situar les despeses en la zona de màxims.

La solució a l'obesitat, segons l'OMS, la UE o la NAOS¹⁰ són els *estils de vida saludables*. Cal canviar les conductes inadequades derivades de les motivacions irracionals que guien les eleccions alimentàries. Per tant hom accepta una causalitat cultural, fins al punt que s'han qualificat les societats contemporànies d'*obesogèniques* o *entorns tòxics* (HENDERSON i BROWNELL, 2004) i la grassor com un fenomen universal. S'afirma també que cal formar ciutadans amb una millor capacitat d'elecció i abordar reformes estructurals i «ecològiques» que permetin la pràctica generalitzada d'activitats físiques: «las estrategias para afrontar el problema deben estar encaminadas a la adopción de hábitos alimentarios saludables y un estilo de vida activo por medio de la educación nutricional de la población y la acción política que favorezca que la opción más saludable sea, también, fácilmente accesible» (ARANCETA, 2008: 242).

Aquest tipus de diagnòstic és comú als Estats Units i a Europa (BASDEVANT i GUY-GRAND, 2004; LE GUEN, 2005). L'obesitat seria conseqüència d'una alimentació excessivament rica en lípids, amb despesa energètica insuficient i comportaments alimentaris anàrquics com menjar aliments industrials i picar. Aquesta triada seria més freqüent entre els joves. Les mateixes raons no només refereixen als països hiperindustrialitzats o rics. A tall de comparació, a Mèxic, on un 69,9% de la població té sobrepès i obesitat segons la *Secretaría de Salud* mexicana, les raons serien semblants. Fan referència a condicions de vida, urbanització, ritme de vida, desestructuració de la vida familiar, mecanització del transport, sedentarisme, la inseguretat als carrers i la manca d'equipaments esportius, etcètera (BARQUERA *et alii*, 2006: 42).

Ara bé, cal preguntar-se sobre els límits d'aquestes aproximacions quan parlen de les causes socioculturals, moltes de les quals no han estat contrastades empíricament i quan l'augment del sobrepès s'explica exclusivament pel grau de modernització d'un país. Si enumerar factors socials no sembla una tasca difícil per als tècnics sanitaris —de fet, la llista és interminable— més complicat és demos-

10 NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.

trar-los, ja que manca saber més sobre les conseqüències de les mudables formes de vida en les maneres de menjar, i d'aquestes en la salut dels diferents grups socials.

D'altra banda, països amb nivells similars de «modernització» (industrialització, urbanització, mecanització, profusió alimentària, tipus de treball, oci passiu, etcètera) presenten taxes d'obesitat molt disperses. Així, per exemple, mentre que als Estats Units la prevalença és del 30% a França no sobrepassa el 10%.

Epidemiologia i obesitat

Hem tingut en compte els treballs epidemiològics sobre obesitat, tot i que alguns d'ells es poden qüestionar (GRACIA i COMELLES, 2007). Per una banda, presenten un alt grau de variabilitat éssent, fins i tot, divergents en funció dels criteris metodològics que s'hagin fet servir: la definició del cas, el punts de tall en els instruments de detecció i diagnòstic, les característiques de la mostra estudiada i el mètode de mostreig. En l'obesitat, el disseny de la recerca és crucial per determinar si les dades de prevalença apunten cap a una major o menor proporció de casos. Per exemple, un dels elements que es té en compte a l'hora de valorar perquè varien els percentatges de persones obeses en enquestes fetes a una mateixa població és si les dades sobre talla i pes han estat preses durant l'estudi o han estat autoreferides. Si són autoreferides es considera que les dades apunten cap a una menor proporció de casos, ja que suposadament tendim a dir que pesem menys i mesurem més. En qualsevol cas, la prevalença de l'obesitat dependrà de com es mesuri. Els criteris són, com en quasi tots els problemes i condicions crònics, progressivament inclusius, el que contribueix a un augment dels percentatges estimats de prevalença que, interessadament, són considerats com agreujants del problema amagant els canvis de definició. Les xifres són alarmants, les prediccions de futur encara més. Una editorial de Lancet de 2002 menciona, sense citar la font, que el 71% dels alemanys, el 69% dels espanyols i el 60% dels suecs es passaran de pes en pocs anys (GONZÁLEZ, 2005: 83).

No és objectiu d'aquesta recerca qüestionar la validesa dels percentatges presentats pels estudis epidemiològics ni tampoc la multitud de models explicatius per abordar-la. Ho han fet ja experts en salut pública (ARANCETA, 2008) i la Internacional Obesity Task Force (IOTF), qui també posa de relleu la dificultat d'establir comparacions. Però sí que ho és mostrar la variabilitat de les dades i l'ús partidista que se'n fa. Així doncs, sembla prudent, i sensat, mantenir certa distància respecte a les xifres relatives a la prevalença o incidència donat el «ball» de números que es produeix.

Hi ha quatre fets rellevants apuntats per la literatura epidemiològica:

- l'obesitat és present arreu, no només als països industrialitzats
- la prevalença mostra una evolució creixent en la majoria de societats

- la prevalença és molt variable entre països i en el si d'una mateixa societat
- l'increment de l'obesitat ha estat més ràpid a la població infanto-juvenil

La prevalença creixent s'observa a la majoria de països industrialitzats i cada cop més a societats en transició o en vies de desenvolupament (ARANCETA i PÉREZ, 2006; DIETZ i ROBINSON, 2005; IOTF, 2007; MARTORELL, 2002; ONÍS i BLÖSSNER, 2000). Als primers, l'obesitat és més freqüent en les classes desfavorides i amb un nivell educatiu i nutricional més baix. En els segons, la prevalença és major en classes socials acomodades. A mesura que els països encaminen la seva transició econòmica, tecnològica i nutricional les diferències s'igualen i finalment s'inverteixen (ARANCETA, 2008; GUTIÉRREZ-FISAC, 2002; LOBSTEIN, BAUR i UAUY, 2004; SEIDELL *et alii*, 1995). Alguns autors parlen de la *globesitat* per referir-se a l'extensió i l'increment del sobrepès a escala planetària (LEGETIC, 2004).

Aquesta prevalença, d'altra banda, pot variar molt dins un mateix estat i entre països, des del 2-3% de Japó i d'algunes societats africanes, al 50% en alguns subgrups dels EUA o al 75% entre adults de zones urbanes a Samoa (Taula 3).

Taula 3. Prevalença obesitat

<i>Països</i>	<i>IMC > 30</i>
Samoa	74.60
Tonga	56.00
EUA	33.90
Mèxic	23.30
U.K	22.70
Espanya	15.60
Thailandia	4.40
Ghana	3.14
Japó	3.10
Gambia	2.30

Font: IOTF

A l'àrea del Carib l'excés de pes també predomina en zones urbanes i és més freqüent entre població femenina, adulta i pobra (PEÑA i BACALLAO, 2000). Les prevalences són diferents segons l'origen ètnic. Als EUA, on la «raça» és una variable epidemiològica, l'obesitat és més freqüent entre la població negra i hispana (FLEGAL *et alii*, 1998; FLEGAL *et alii*, 2002; IOTF, 2005 i 2007).

Els EUA tenen les sèries cronològiques més completes, i és un dels estats amb prevalença més alta de persones obeses. L'obesitat s'ha concebut fins fa poc com una malaltia pròpia de les *societats de l'abundància*. Heini i Weisner (1997),

en base a les NHANES,¹¹ mostren un increment del sobrepès —que no d'obesitat—, en adults d'un 25% el 1976 al 33% el 1991, un augment del 8%. En el mateix període el consum mitjà de greixos havia baixat un 11% i la mitjana de calories per càpita un 4%. Per explicar-ho invoquen la reducció de l'exercici físic i de la despesa d'energia diària.¹² Una altra comparativa entre les dades de la NHAES III (1988-1994) i del 2000 (FLEGAL *et alii*, 2002), evidencia un augment significatiu del sobrepès, de l'obesitat i de l'obesitat extrema (Taula 4).

Taula 4. Comparació entre les dades recollides per la NHANES 1988-1994 i l'Enquesta 2000

	NHANES III	Enquesta 2000	Contrast
	1988-1994	1999-2000	
Sobrepès	55,9%	64,5%	↑ 8,4%
Obesitat	22%	30,5%	↑ 8,5%
Obesitat extrema	2,9%	4,7%	↑ 1,8%

Entre 1971 i 2000 la prevalença s'hauria duplicat en població adulta (de 20 a 74 anys) i gairebé triplicat en infantil i juvenil de 6 a 19 anys (Taula 5).

Taula 5. Comparació entre les NHANES I, II, III i IV.

	NHANES I	NHANES II	NHANES III	NHANES IV
	1971-1974	1976-1980	1988-1994	1999-2000
20-74 anys*	14,1%	Lleuger ↑	22,6%	30,5%
6-19 anys	-	5,7%	11%	15%

* Les tendències van ser similars en homes i dones, i en diferents grups d'edat, també entre la població infantil i juvenil.

Font: FLEGAL *et alii*, 1998; FLEGAL *et alii*, 2002; MOKDAD *et alii*, 1999; OGDEN *et alii*, 2002.

Els increments corresponen a homes i dones de tots els grups d'edat sense diferències racials blancs i negres no hispans, i hispans mexicans-americanos i altres. En grups ètnics la prevalença no difereix en homes, però són més altes en dones negres no hispanes. Més de la meitat de les dones afroamericanes no llatines de

¹¹ NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey.

¹² Vg. també OGDEN, FRYARR *et alii* (2004) que revisen les estadístiques des de 1960 a 2002 i troben un increment del IMC a totes les capes de la població.

més de 40 anys són obesos i el 80% tenen sobrepès. Tanmateix, les darreres dades recollides suggereixen que el pes continua incrementant-se en homes, nens i adolescents, mentre sembla mantenir-se en dones (OGDEN *et alii*, 2006). Aquest increment generalitzat es constata també a d'altres països anglosaxons com Canadà i Austràlia (PARLIAMENT OF AUSTRALIA, 2006; TREMBLAY *et alii*, 2002).

A Europa, hi ha més dificultats per comparar la prevalença d'obesitat per l'extraordinària variabilitat en les classificacions utilitzades a cada país i/o regió a l'hora de definir-la, per les metodologies emprades i per la diversitat de les mostres. Amb tot, l'Oficina regional europea de l'OMS adverteix que la prevalença d'obesitat s'ha incrementat ràpidament en la majoria de països. A dinou dels vint-i-set Estats de la Unió l'índex de massa corporal mitjà de la població adulta sobrepassa el llindar considerat saludable de 25 kg/m² (CCE, 2007). Heus ací (Figures 1 i 2) una síntesi dels canvis dels darrers vint anys (IASO, 2009).¹³

Figura 1. Mapa: Augment de l'obesitat a Europa 1985-1989

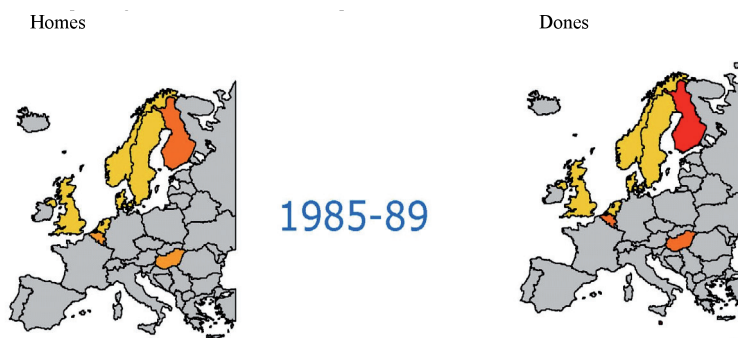
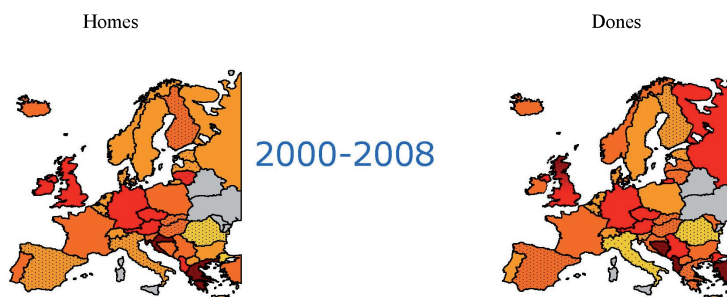


Figura 2. Mapa: Augment de l'obesitat a Europa 2000-2008

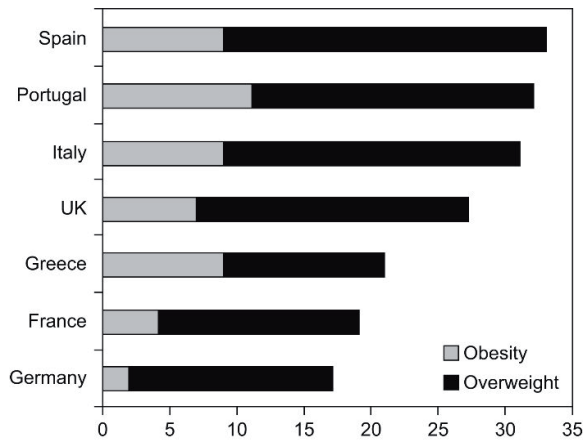


¹³ <<http://www.iaso.org/publications/>>. Visitat l'11-12-2012.

% Obesity	
	< 5 %
	5-9.9%
	10-14.9%
	15-19.9%
	20-24.9%
	≥ 25%

Per la seva banda, l'informe IOTF (2004) mostra que a Europa la prevalença d'obesitat en nens i joves ha augmentat en els darrers trenta anys. Al nord d'Europa, l'excés ponderal oscil·la entre un 10-20% i al sud la seva prevalença està entre el 20 i el 35% (LOBSTEIN, BAUR i UAUY, 2004). Ho ratifica, l'any següent l'informe IOTF (2005), que destaca la tendència a l'increment d'obesitat i sobrepès en adults, amb una prevalença del 10 al 27% en homes i entre un 10 i un 38% en dones; en població infantil i juvenil, la prevalença de l'obesitat augmenta al Nord d'Europa entre un 10 i un 20% i al Sud entre un 20 i un 35% (LOBSTEIN, BAUR i UAUY, 2004).¹⁴

Taula 6. Obesitat i sobrepès infantil a Europa (LOBSTEIN i FRELUT, 2003)



Espanya està en una posició intermèdia respecte la prevalença en adults, i més alta en relació als nens i adolescents juntament amb Portugal, Itàlia i Grècia (Taula 6) (IOTF, 2005; LOBSTEIN i FRELUT, 2003).

Les estadístiques apunten repetidament l'augment del sobrepès com un problema no només dels països més industrialitzats, sinó de societats en desenvolupament i, fins i tot, d'estats que com Espanya o Grècia serien els principals

¹⁴ La seva prevalença s'ha triplicat en tres dècades al Regne Unit (PRENTICE i JEBB, 1995; RENNIE i JEBB, 2005; UK DEPARTMENT OF HEALTH, 2004 i 2006), França (CHARLES *et alii*, 2008; MAILLARD *et alii*, 1999), Alemanya (HELMERT i STRUBE, 2004), Dinamarca (HEITMANN, 2000), Països Baixos (SEIDELL *et alii*, 1995; VISSCHER *et alii*, 2002), Bèlgica (STAM-MORAGA *et alii*, 1998), Suècia (LISSNER *et alii*, 2000; NEOVIUS *et alii*, 2006). A Finlàndia ha augmentat entre adolescents d'ambdós sexes (KAUTIAINEN *et alii*, 2002), però sembla estabilitzar-se entre adults (LAHTI-KOSKI, 2001; PIETINEM *et alii*, 1996). Només baixa la prevalença de sobrepès i obesitat a Rússia, coincidint amb la crisi econòmica posterior a la dissolució de la Unió Soviètica (WANG *et alii*, 2002).

consumidors —al menys potencialment— de la tan saludable dieta mediterrània. Es parla de la «paradoxa» mediterrània per referir-se a aquesta contradicció. A mesura que es reafirma aquesta tendència, les causes socioculturals, davant les biològiques, adquireixen un major poder explicatiu en l'etiologia de l'obesitat, i entre aquestes l'empitjorament de la dieta i el sedentarisme són les més referides.

No tots els estudis quantitius permeten parlar d'epidèmia d'obesitat. La recerca comparativa de Monteiro *et alii* (2004) en què es van revisar dades antropomètriques i socioeconòmiques a 37 països desagregant-les regionalment mostra que l'augment de renda contribueix a incrementar l'obesitat i a fer paleses les desigualtats de gènere respecte la prevalença. L'estudi relativitza el to apocalíptic de l'OMS i d'altres informes internacionals que orienten les polítiques públiques de molts països: «La obesidad se está convirtiendo en el enemigo público número uno en cuestión de salud en la mayoría de los países de la OCDE» (*Informe OECD*)¹⁵. L'estudi britànic SIRC (2005), fet en una de les societats aparentment més afectades per *l'epidèmia* que revisa exhaustivament les dades epidemiològiques del país, demana distància crítica en relació a les mesures a prendre davant els resultats finals:

The framing of appropriate strategies to tackle obesity needs to be firmly based on accurate assessments of both the scale of the problem and the populations most at risk, rather than on population-wide approaches coupled with sensationalist claims and the quite unjustified use of terms such as 'epidemic' or 'exponential rise'. We do no service to the people at risk of obesity-related morbidities in our society by 'hyping' their plight, exaggerating their numbers or diverting limited educational, medical and financial resources away from where the problems really lie. Banning advertising of 'junk food' to children and similar measures may be popular in some quarters, but they are targeted at the wrong age group. Most weight gain starts to occur after children leave school and become less active in adulthood. The Health Survey for England provides grounds for a serious re-think (SIRC, 2005:10).

Els estudis epidemiològics ignoren altres instruments d'avaluació com la observació etnogràfica i les entrevistes clíniques que permeten explorar, de manera molt més acurada, els patrons de vida i alimentació de la població des de la perspectiva local, precisament la que queda diluïda davant els estudis «estats», però que es manifesta quan les dades epidemiològiques es desagreguen. Durant segles l'estratègia d'observació dels pacients, seguida per milers de *general practitioners* (metges de capçalera) a tot Occident valorava el sobrepès i l'obesitat un cop descartades les patologies subjacents eventuals, i si afrontaven casos de diabetis, hi

15 <<http://www.oecd.org/dataoecd/13/20/46068529.pdf>>. Visitat el 16-11-2012.

pertensió o patologia cardiovascular, especialment en adults, recomanaven *règims (diatei)* més o menys prescriptius, o exercici físic, però sempre atents al context personal i familiar de cada pacient al que coneixien. Les limitacions del dispositiu de diagnòstic de laboratori, especialment per les determinacions hormonals afegien un obstacle suplementari.

Aquest model de relació ha canviat profundament, tant per la redefinició del paper dels *general practitioners, metges de família* en la sanitat catalana i l'extraordinari creixement i atomització de les especialitats mèdiques i quirúrgiques com per l'emergència, en els països amb sistemes públics universals d'atenció sanitària, d'un mercat complementari i multiforme de recursos i serveis disponibles en torn a la salut individual. És en aquest context en què el *règim (diatei)* —una complexa prescripció de pràctiques i remeis— esdevé el *dieting* (GRACIA-ARNAIZ i COMELLES, 2007), una pràctica que s'allunya profundament de la voluntat holística i comprensiva del primer.

La revisió crítica en què es sustenten una part dels objectius de la nostra recerca, ha estat desenvolupada, principalment, en articles publicats als Estats Units, com els de Saguy i Riley (2005), Campos (2004) o Campos *et alii* (2006). Denuncien com les prioritzacions en el finançament de la recerca estan fortament mediatitzades, no tant per hipòtesis científiques, sinó per posicions ideològiques i interessos de grups particulars. L'«epidèmia d'obesitat» seria una de les que trobem al centre de l'huracà i caldria contextualitzar-la també en els debats relatius al *mongering* o sia, com a una estratègia de màrqueting destinada a afavorir la venda de productes per a malalties o malestars inofensius.

L'evolució de les actituds i els discursos mèdics en relació a l'obesitat, el pes i el sobrepès i, per tant, la transició del concepte professional i intel·lectual del *règim (diatei)* al del *dieting* —un producte purament mercantil—, cal relacionar-la a Europa amb el paper que juga la sanitat pública —i les agències de salut pública—, en el joc de l'oferta i la demanda de serveis sanitaris, i pels canvis que, als Estats Units principalment, l'han transformada. Aquests canvis donen lloc a significats nous en els serveis i les institucions i a l'hegemonia —dins la biomedicina— d'un sector de la mateixa i no de tota per poder reforçar determinats perfils simbòlics de les professions sanitàries, amb totes les contradiccions que això pot suposar i amb cronologies diferents segons els països. En general, el perfil professional de la biomedicina ha reforçat fins a l'extrem el biologicisme i l'experimentalisme, a partir de la generalització de les metodologies dels assaigs clínics i de les agències d'avaluació de tecnologies —en detriment del valor de les observacions empíri-

ques i de camp.¹⁶ Això ha dut a que es cerqui indicadors biològics, components genètics de l'obesitat, o marcadors que puguin explicar determinades formes de greixor al marge de qualsevol altra consideració de caire socioeconòmic o cultural. Aquesta tendència anirà associada a cercar «terapèutiques» de l'obesitat a partir de la racionalitat nutricional de les dietes, a establir protocols quirúrgics per certes formes d'obesitat mòrbida o a desenvolupar estratègies grupals derivades d'alcohòlics anònims com les dels *weight watchers*. Totes, relacionades amb una perspectiva clínica experimental i dins els debats del *managed care*, no paren cap atenció —o una molt minsa— cap als components socials de qualsevol patologia (PERDIGUERO i COMELLES, 2001; COMELLES, 2004), inclosos el sobrepès i l'obesitat. El problema es produeix quan no es troben prou evidències biologicistes. Llavors, els factors culturals prenen un protagonisme relatiu.

OBESITAT I PÀNIC MORAL

Les contradiccions del model actual les posen de relleu Campos *et alii* (2006),¹⁷ discutint quatre principis llargament argumentats en relació al sobrepès: 1) que tots els països segons l'OMS visquin una epidèmia d'obesitat, 2) que la mortalitat tingui relació directe amb l'IMC, 3) que les dades sobre sobrepès i obesitat amb problemes de salut estan ben establertes i són incontrovertibles i 4) que la pèrdua de pes a llarg termini sigui un objectiu pràctic que millorarà la salut. Les seves conclusions són que les quatre premisses tenen respostes contradictòries des del punt de vista de l'evidència disponible:

So what if the so-called 'obesity epidemic' is largely an illusion? What if higher than average weight turns out to have neither much medical nor moral significance? The answer to these questions, all of which we believe are strongly suggested by the epidemiological literature, go far beyond the issues of body mass and health. The current scientific evidence should prompt health professionals

16 Fins al punt que avui, des del propi sistema de salut hom ha de justificar la vàlua de les metodologies etnogràfiques i quantitatives. Vg. per exemple Mahtani (2006).

17 Saguy i Riley (2005) van revisar els discursos sostinguts en la recerca mèdica i sobre mass media de quatre grups d'autors, investigadors i activistes contraris a l'obesitat i a favor de la *fat acceptance*. Els resultats són bastant contradictoris, però se n'extreu que per l'activisme de la *fat acceptance*, la influència dels dispositius resistencials en torn al SIDA o venint del moviment feminista podien aportar influència sobre les directrius de Salut Pública. En un article posterior Saguy i Almeling (2008) comparen els discursos biomèdics a les revistes científiques amb la informació dels mitjans: la conclusió és que uns mitjans dramatitzen més que els altres... Aphramor (2005) també en una revisió d'interfase entre medicina, dret i política qüestiona els resultats sobre els que hom construeix al Regne Unit les polítiques relatives a l'obesitat, en la mateixa línia. Monaghan (2005) reivindica, com nosaltres, el paper de la Ciència Social crítica per desmuntar aquests discursos.

and policy makers to consider whether it makes sense to treat body weight as a barometer of public health. It should also make us pause to consider how propagating the idea of an 'obesity epidemic' furthers the political and economic interests of certain groups, while doing immense damage to those whom it blames and stigmatizes (CAMPOS *et alii*... 2006: 59).¹⁸

El concepte de *moral panic* procedeix de la sociologia crítica de la desviació i emergeix a principis dels setanta —no per atzar— en debats sobre determinades actituds de la població en relació a grups minoritaris i conductes criminals. A principis del segle XXI hi ha tres temes molt recurrents que alimenten el *moral panic*: un és la violència armada vinculada a la política (el terrorisme en llenguatge convencional) o a l'economia (el crim organitzat); el segon és l'amenaça de l'atur, presentat com una situació nebulosa i global; i el tercer, té a veure amb la salut en forma d'«epidèmies». Un exemple ha estat el recent cas de la grip porcina —ràpidament convertida en «grip nova» no fos que afectés al negoci de l'engreixament dels porcs— el relatiu a l'alimentació-nutrició —les vaques boges— i la construcció permanent d'una nosografia/nosologia a partir dels malestars, com la fibromiàlgia, la síndrome premenstrual o la fòbia social.

El *moral panic* seria doncs el producte d'estratègies complexes per incidir en l'opinió pública amb un rerefons polític o econòmic. Vist amb perspectiva el concepte es situa enmig d'una «arena» social que precisa distanciament crític respecte al que seria la manipulació sistemàtica de l'opinió pública, ja no en estats totalitaris, que solien ser-ne mestres, sinó en el propi estat democràtic. El *pànic moral* s'inscriu en un context on es suposa que hi ha uns medis «lliures», confortant d'una manera conscient el concepte de llibertat ideològica amb la capacitat dels grups per dotar-se de mitjans amb els que puguin manipular sectors discrets de la població. Recordem, un cop més, que la nostra societat —teòricament igualitària— mai havia estat tan atomitzada en termes de mercat com ara.

El *pànic moral* no és més que la versió segle XXI de les *histèries col·lectives* del passat (ROSEN, 1974; COHN, 1980) o del paper mobilitzador que tenien i tenen els moviments anomenats mil·lenaristes. A banda dels debats teòrics sobre el concepte, els científics socials han abordat casos emblemàtics, el que més ens interessa aquí és precisament el de la pretesa «epidèmia d'obesitat». Campos *et alii* (2006) van decidir il·lustrar-ne l'agenda oculta explorant les falsetats inherents en el model que posen de relleu la inconsistència del concepte, i el grau de dependència —i no d'independència lliure— dels científics a l'hora de produir-ne «l'evidència» justificativa.

¹⁸ Johnson (2005) considera que l'actitud del prestigiós *Centre of Disease Control* a Atlanta va ser irresponsable amb el tema obesitat ja als anys noranta.

LA MEDICALITZACIÓ DE L'OBESITAT

A partir de quina talla algú és un nan? En quin punt de l'escala s'estableix que algú és astènic, pícnic o atlètic? A partir de quin criteri hom decideix el límit entre l'ascetisme alimentari i l'anorèxia? Quan esdevenen patologia la paranoia o la depressió? La resposta rau, probablement, en els avantatges —i els desavantatges— que la noció de *malaltia* té des del punt de vista social i polític. Sovint, les respostes a l'assistibilitat operen en àmbits molt diversos, des dels grups primaris a les institucions formals, però cal reconèixer que en els països industrialitzats hi ha canvis molt substancials entre el temps en què la *prise en charge* de la malaltia es feia a l'àmbit domèstic o veïnal-comunitari i el moment en què la salarització i la generalització de les assegurances de malaltia privades i públiques, i del dret universal a l'assistibilitat indueixen canvis culturals importants. L'etiqueta *malaltia*, certificada jurídicament pels metges, implica dret a rebre tractament, dret a rebre ajuts de diferents tipus —i no el menor— gaudir dels avantatges d'una discapacitat.

Considerar l'obesitat essencial com a *malaltia* hauria de permetre que la dimensió exculpadora de la condició de malalt posí dempeus un dispositiu d'atenció, *un cop ha estat reconeguda socialment* —la legitimació social no passa només pel diagnòstic clínic, no ho oblidem—. *Estic gras perquè em ve de mena* —o de família—, no és una raó que justifiqui cap assistibilitat.

La conversió de *l'estat d'obesitat* o del *sobrepès* en malaltia, hauria d'allunyar als obesos dels patrons de rebuig i exclusió social més durs, i permetre'ls esdevenir assistibles i reivindicar el dret i els avantatges de l'assistibilitat. Aquest procés opera a diferents nivells i té una resposta significativament jurídica: les obesitats dites mòrbides són una forma de discapacitat i això els permet reivindicar des d'ajuts socials específics¹⁹ a tractaments d'alt risc com les reduccions quirúrgiques de l'estómac.

Però més enllà de les obesitats mòrbides, la medicalització de l'excés de pes no ha permès encara desculpabilitzar als pacients ni exculpar-los de la seva malaltia. El que domina en l'obesitat com a patologia és una mena de «naturalització» d'un malestar individual. L'obesitat seria la causa d'un trastorn psicopatològic derivat, en part, de l'estigmatització i la culpabilització social. Si considerem la complexitat interpretativa dels TCA, aquesta via d'anàlisi pot sostenir-se i és per això que la biomedicina ha d'oferir criteris «objectius» per tal d'establir quin és el punt a partir del qual les coses cauen d'un cantó o de l'altre. En aquests termes,

19 Al Regne Unit les persones obeses poden accedir als *scooter elèctrics* a càrrec de la seguretat social com un estri per donar-los autonomia davant la seva discapacitat funcional. En tots els països europeus les associacions d'afectats de qualsevol cosa tenen molts avantatges si els mestars adopten el caràcter de malaltia i, per tant, entren dins els catàlegs de prestacions del *managed care*.

les diferents asseguradores negocien, en funció de les dades epidemiològiques de què disposen, fins a quin punt cobreixen l'excés de pes, i per tant, assumeixen els costos associats.

La paradoxa, si hom vol, és que tots els sistemes d'assegurança social del món estan sotmesos a una creixent demanda de serveis que no es correspon, o que cada cop es correspon menys, a la tipologia de demanda per la que van ser establerts, sigui l'accident de treball o la malaltia aguda. Paral·lelament als països amb sistemes d'asseguracions de salut públiques però també privades, hi ha hagut un desmantellament progressiu de les estructures domèstiques i veïnals de seguretat (COMAS, ROCA, 1996: 57-70; NAROTZKY, 1991: 464-474; COMELLES, ALEMANY i FRANCÈS, 2013, en premsa), i la seva derivació cap a una demanda creixent de serveis professionals. El problema, per tant, no és la valoració i la discussió conceptual des d'una perspectiva històrica de l'obesitat com a patologia, sinó quines han estat les condicions perquè, en el darrer mig segle, les conductes inadequades relatives a l'alimentació hagin deixat de ser considerades com el producte d'adaptacions ambientals o de transgressions morals per esdevenir una «epidèmia» (HACKING, 2005), i que alguns autors situen dins el concepte de *moral panic*:

Moral panics, once the unintended outcome of journalistic practice, seem to have become a goal.[...] moral panics have become the way in which daily events are brought to the attention of the public. They are a standard response, a familiar, sometimes weary, even ridiculous rhetoric rather than an exceptional emergency intervention. Used by politicians to orchestrate consent, by business to promote sales in certain niche markets, and by media to make home and social affairs newsworthy, moral panics are constructed on a daily basis (MCROBBIE i THORNTON, 1995: 559).

Una part del problema cal vincular-lo amb que l'*epidèmia americana* d'obesitat ha travessat l'Atlàntic i ha estat assumida, sense distància crítica, per una Europa on la demanda sanitària té una resposta universal dels poders públics. Aquesta resposta té un cost molt alt, com correspon a una eficiència molt elevada, però no pot assumir catàlegs de serveis per als quals no pot tenir resposta.

Del «managed care» al «managed market»

L'*epidèmia* d'obesitat avalada per l'OMS i, amb respostes finançades des de sectors econòmics emergents, és un excel·lent exemple de l'articulació i la dependència del discurs biomèdic respecte als mitjans. Saguy i Almeling (2008) exploren els seus matisos discursius, però no evidencien les interconnexions profundes que hi ha entre els sectors emergents de l'economia, la seva influència en la línia edi-

torial dels mitjans, i el seu *feed-back* en forma de publicitat encoberta respecte a una sèrie de *problemes* que, com hem vist, no venen definits tant per la seva importància real des del punt de vista dels indicadors globals de salut, com de les estratègies de la mercadotècnia. En aquest sentit, entre la dimensió del *managed care*, és a dir de la gestió sanitària —en el cas d'Europa majoritàriament a càrrec de l'Estat però també de les asseguradores privades— i la del *managed market* de productes de consum destinats al cos i a la salut hi ha diferències profundes. Els mitjans també han de posicionar-se per drenar la publicitat de la que s'alimenten. Per a ells, el més convenient són problemàtiques d'ampli espectre, millor que les de petit espectre, i probablement el més universals possibles per ampliar al màxim el mercat potencial.

Per això, el procés és molt contradictori i si bé hi ha un discurs que desvaloritza aliments energètics sans (com els llegums) per raons de distinció social, en canvi creix el consum d'aliments ultra energètics «malsans» com les *hamburgueses*, el *fish and chips*, o el *peanut butter*, amb greixos industrials manipulats com les margarines. És cert que les feines manuals han disminuït i que la força física ha estat substituïda per màquines que han automatitzat el treball o els desplaçaments, però també és cert que milers de ciutadans practiquen diàriament, o els caps de setmana, activitats esportives col·lectives o de forma individual, al carrer, als gimnasos o a casa seva. El que sí convindrem és que el menjar ha deixat de ser un imperatiu lligat principalment a la supervivència en haver desaparegut, al menys relativament, la gana crònica o aguda. Està per veure, però, si la greu crisi econòmica que assoleix Espanya des de 2008 reinstaurarà la fam entre les llars més pobres o si l'assistència social serà capaç d'amortir-la.²⁰

Petersen (2007: 2) fa notar que les concepcions recents del menjar i del cos derivades de la fase actual de mercantilització de la medicalització duen a que la salut, l'activitat física i el tenir cura d'un mateix esdevinguin fets més socials que biològics. Afegirem que en la mesura que són socials, es projecten sobre les persones ansietats individuals i socials, ja que la idea de la vigilància individual del pes corporal (*weight watching*) i del cos té més a veure amb la imatge social que hom vol donar, que amb determinants personals de salut.

Un semblant físic socialment construït esdevé un mitjà d'identitat, però també d'identificació i classificació. Certes formes corporals i pràctiques alimentàries poden identificar-se amb la classe social i constitueixen mecanismes de distinció social. Estar prim i ser/semblar jove —en homes i dones—, esdevé la clau de la producció de nous significats, en el que la dita popular «la suerte de la fea (o del

²⁰ Aquesta temàtica constitueix l'objecte d'estudi del projecte I+D, coordinat per la Mabel Gracia-Arnaiz, «Menjar en temps de 'crisi': nous contextos alimentaris i de salut a Espanya».

feo), la guapa (o el guapo) la desea» esdevé «la suerte de la guapa (o del guapo), la fea (o el feo), la desea». Però també, per una demanda creixent de les classes mitjanes emergents als països occidentals de serveis sanitaris.²¹ És en aquest context, que el discurs relativista sobre l'equilibri esdevé norma. El concepte d'excés serà substituït pel d'imposició normativa i això significarà traslladar, paradoxalment, la responsabilitat individual, present al concepte d'excés, a una forma de (des)responsabilització i pèrdua de llibertat.

Els canvis derivats de les diferents formes d'implantació de l'Estat del Benestar han implicat que l'Estat hagi ampliat les seves polítiques higièniques tradicionals —com la vacunació universal contra la verola o la vigilància sanitària—, a proposar formes d'intervenció diferents amb la idea de reduir determinats riscos. Això ha significat la generalització de les polítiques de vacunacions i el desenvolupament d'organismes que assegurassin la seguretat dels aliments i dels medicaments.²² Al costat de mesures legislatives com les esmentades, i que finalment s'han aplicat al consum de tabac en llocs públics, els organismes de promoció de la salut treballen des de la perspectiva de la presa de consciència, de la mobilització, o de l'oferta de serveis preventius. En dos terrenys, la insistència ha estat interessant en la mesura que a tots dos s'associen canvis amb una enorme transcendència econòmica. És el cas de l'exercici físic i l'alimentació, precisament els dos components de la *dietai* hipocràtica. L'un i l'altre adquireixen un significat cultural nou, a redós dels canvis en el mercat dels països rics, de la tendència a la terciarització de les economies, i a la creixent importància dels mitjans, els quals, per reforçar les audiències en un mercat atomitzat cerquen als grups domèstics de les classes mitjanes a cohorts cada cop més específiques. La gegantina diversitat cultural a què ha donat lloc el procés de globalització econòmica hauria de fer impossible establir uns patrons evolutius estandarditzats per a molts processos socials. Un observador atent pot veure que l'oferta alimentària segueix sent molt diversa i les tipologies constitucionals dels individus també: als països d'extrem Orient els casos d'obesitat o sobrepès són raonablement minoritaris, i a Europa les diferències regionals són extraordinàries. Som, en aquest sentit, davant una enorme varietat *d'ethnoscapes* (APPADURAI, 2001).

21 Sobre els canvis a les actituds dels pacients és indispensable HERZLICH i PIERRET (1984) fet a França sobre el període cinquanta i seixanta. Per Catalunya vg. COMELLES, ALEMANY i FRANCÈS.

22 A remolc del model americà del *Food and Drugs administration*, i avui les Agències Europees de Medicaments i Aliments amb seus a Londres i Parma.

Exclusió social i obesitat

Efectivament, no podem eludir l'heterogeneïtat. Ja hem apuntat anteriorment que l'obesitat no afecta a tothom en les mateixes proporcions ni té efectes iguals en la seva salut. La relació entre *classe social* i obesitat ha donat lloc a nombroses investigacions, tant epidemiològiques com des de les Ciències Socials (SOBAL, 1995; POULAIN, 2001; POULAIN, 2002; TIBERE, 2007 i POULAIN, 2009), especialment en torn a la *l'estigmatització, la mobilitat social i la precarització*.

Goffman (1970) va definir l'*estigmatització* com un procés que tendeix a descreditar a una persona en tant que és qualificada com a «no normal» o «desviada». Aquesta desacreditació, que és interaccional, prové d'aquelles persones que, contràriament, es consideren normals. Durant la construcció de l'estigma, apareixen formes particulars de discriminació i exclusió social. La persona afectada assisteix a un fenomen de reducció: aquell atribut que l'estigmatitza esdevé el principal. La resta d'atributs són secundaris. Els estigmatitzats romanen tancats en un cercle viciós, ja que sovint acaben acceptant com normals els judicis negatius fets pels altres. Aquesta acceptació contribueix a la seva pròpia desvalorització i l'aïllament social, però especialment a considerar legítims els tractes discriminatoris. Així el procés d'estigmatització transforma les víctimes en culpables.

Les persones grasses acaben assumint la culpa per haver acumulat greix, incapaçs de controlar-se i seguir les normes. Som en la perceptiva de l'*excés* relacionat amb la manca de capacitat i voluntat per renunciar a allò aparentment evitable. En els processos d'estigmatització dels grassos participen una concepció cristiana de la golafreria, una concepció de la debilitat davant els plaers, influències dels discursos mèdics normatius de l'equilibri d'arrel neo-hipocràtica, i l'*embodiment* d'una concepció del dret basada en la llibertat i la responsabilitat individual i que etiqueta i estigmatitza les desviacions i els excessos. Tot això barrejat en dosis diferents en distints contextos culturals locals fa que, en alguns contextos locals, tingui un impacte brutal en certes persones grasses:

Every time society reads my fat body, it lets me know that I am defective. Society «knows» my body, as a site of undisciplined flesh and unmanaged desires. So faced with the obnoxious clothes shop assistant, I felt I had little option but to accept her reading of my fatness, drop the clothes I was carrying, and scuttle out of her shop. I was ashamed and hurt, but I was also very, very angry. I started to seek out ways to renegotiate the system of «knowingness» about my fat body. The assumptions made about fatness are that the fat person is slothful, lazy, weak-willed, unreliable, unclean, unhealthy, deviant, and defiant. These assumptions are so ingrained in the understanding society believes it has of the fat body that these characteristics have come to signify the fat woman (MURRAY, 2008: 265).

Si és així en adults, en els joves és més complicat perquè es perceben desvaloritzats, convidats a acceptar la seva única responsabilitat i acceptant com a «normal» el tracte que reben per tot això (CAHNMAN, 1968). La seva desvalorització personal i social es viu a casa, a l'escola i a la feina. Més que la preocupació per la seva salut, el que els duu a perdre pes és (re)construir allò que psíquicament i socialment els discrimina. Rebutjats pel seu cos poc «normal» i poc «atractiu», molts, especialment les noies, decideixen fer dieta, legitimats pels missatges anti-obesitat.

Quan s'analitzen les formes d'estigmatització i els seus efectes en els itineraris socials (CAHNMAN, 1968; STUNKARD i SOBAL, 1989; SOBAL, 1995) s'observa que l'obesitat adquireix un paper central entre infants i adolescents (CRAMER i STEINWERT, 1998) i que és molt difícil evitar-les. Els professionals sanitaris, permeables als valors dominants de la societat (MADDOX i LIEDERMAN, 1969), es reconeixen limitats en la seva funció guaridora, doncs consideren que és molt difícil «curar» aquests «malalts». És evident que no poden aplicar-se criteris terapèutics convencionals a malalties que han estat mig inventades i que cal cercar altres estratègies. Hi ha professionals que intenten tractar el pacient com a un ésser global al adaptar els seus consells a la seva particularitat biopsicosocial (GRACIA-ARNAIZ, 2007: 4), però sovintegen les recriminacions relatives al comportament alimentari, relacionades amb dimensions morals que fan sentir als subjectes que no tenen criteri o són directament irresponsables (POULAIN, 2001). El model conductual, i les conseqüències, es converteix en l'exemple d'allò que no s'ha de fer ni ser: menjar en excés i pesar massa (GRACIA-ARNAIZ, 1996: 113).

Denunciar l'estigmatització de les persones grasses ha permès desenvolupar l'idea que la seva posició social podria estar, en part, determinada per l'estigma. Nombrosos estudis indiquen que entre estudiants universitaris la taxa d'obesitat és més baixa que entre els que no ho són, que les persones grasses tenen més dificultats per trobar feina o que els seus salaris mitjos són inferiors a la mitjana (MACLEAN i MOON, 1980; GORTMAKER *et alii*, 1993). Per tant l'obesitat afectaria a la mobilitat social: tant a la intrageneracional com a la intergeneracional quan es posa en relació la posició d'un fill respecte la dels pares. La mobilitat pot ser ascendent o descendent en funció del lloc que poden ocupar els individus en un moment donat, encara que hi ha nombroses situacions que es caracteritzen per la manca de mobilitat (equivalent) (POULAIN, 2009: 116).

Tibere (2007) ha estudiat la mobilitat intergeneracional dels joves en relació als seus pares, a partir de la dinàmica dels ingressos i el sentiment de millora o de degradació de la situació professional. Observa que hi ha un vincle fort entre obesitat, disminució de les rendes i dinàmica professional, de tal manera que a major

IMC, els ingressos i la categoria professional dels joves baixen respecte dels pares. Es pregunta fins a quin punt la posició socioeconòmica determina una major o menor obesitat o si és el fet d'estar obès allò que condiciona l'adscripció a una classe social inferior. Per a Poulain (2005),

L'obesitat pot ser l'objecte d'una anàlisi de determinació dual. S'han invocat dos tipus d'explicació, en unes ocasions els estatus socials s'han considerat causa d'obesitat, en d'altres es presenta com la seva conseqüència. La primera actitud intenta detectar la influència de la posició social en l'accés al menjar. La influència dels estils de vida sobre les pràctiques alimentàries, l'exercici físic i el tabaquisme. La segona descriu la manera en que una societat determinada, considera els obesos i analitza la influència de l'obesitat sobre els itineraris socials.²³

Darrera de les característiques socioeconòmiques, la degradació de l'alimentació de les persones que viuen en condicions precàries genera noves formes de desigualtats relatives a la salut. La precarització s'acompanya de transformacions dels comportaments alimentaris, els efectes dels quals han estat objecte de diferents hipòtesis. Unes emfatitzen el risc de la malnutrició i d'altres el desenvolupament més ràpid de la prevalença de l'obesitat. Als països industrialitzats, el nombre de pobres als darrers anys ha augmentat coincidint amb la crisi econòmica internacional, de manera que el creixement econòmic no sembla que faci disminuir les desigualtats en salut, a partir precisament del sobrepès i l'obesitat (MONTEIRO *et alii*, 2004). A l'informe sobre *Protecció i Integració Social*, la CE assenyalava que el 2008 a Espanya «l'índex general de la població en risc de pobresa continuava sent molt alt —un 24% abans i un 20,7% després de rebre ajudes socials, segons dades de 2007—, tot i un progrés global econòmic i del mercat laboral en aquests últims anys». Aquesta dada evidencia que el creixement econòmic no ha anat acompanyat d'una reducció de la desigualtat social. I podria incidir encara més negativament el progressiu increment de l'atur experimentat des del 2008. «Los grupos más expuestos a este riesgo son los niños, en un 24%, y los ancianos, en un 28%, porcentaje que se eleva hasta el 30% en el caso de las mujeres.» En plena crisi econòmica, els Bancs d'Aliments i altres institucions dedicades a repartir aliments entre les persones més necessitades han vist incrementada la demanda des de 2009, i de manera dramàtica durant el 2012. El més rellevant és, però, el canvi produït en

23 «L'obésité peut être l'objet d'une double analyse de détermination. Deux grands types d'explication ont été développés. Soit les statuts sociaux sont considérés comme la cause de l'obésité, soit ils sont posés comme sa conséquence. La première attitude cherche à repérer l'influence de la position sociale sur l'accès à la nourriture, l'influence des modes de vie sur les pratiques alimentaires, l'exercice physique et le tabagisme. La seconde décrit la façon dont les obèses sont considérés dans une société donnée et analyse l'influence de l'obésité sur les trajectoires sociales.»

el perfil de les persones que demanen ajut. Segons el Banc d'Aliments, la sol·licitud per part de les entitats benèfiques ha augmentat en un 45%. Segons una enquesta encarregada per Càritas Diocesana a desembre del 2009, les demandes d'acollida i assistència econòmica i alimentària s'havien disparat un 80%, apareixent un nou perfil de demandant: famílies de classe mitjana que s'havien quedat a l'atur i que es veien obligats a anar a la beneficència, incapaços de fer front a la hipoteca, rebuts de la llum o «de l'escola dels nens». A Catalunya, tot i haver disminuït en relació a l'any anterior, l'any 2008 el 16,6% de la població es trobava en risc de pobresa. Segons informa l'IDESCAT, el risc té major incidència en les dones (18,1%) que en els homes (15,0%) i, especialment, quan les dones són majors de 65 anys (27,9%). Els col·lectius més vulnerables o amb taxes més elevades de risc són les llars monoparentals amb fills dependents (48%), les llars de dos adults amb tres o més fills dependents (45,7%) i les llars de persones que viuen soles majors de 65 anys.²⁴ Aquesta mateixa font informa que les xifres han empitjorat força al 2011, situant el percentatge del risc de pobresa al 21,9%. Malgrat aquestes constatacions, encara no hi ha estudis fiables que estableixin una relació entre les situacions de pobresa amb l'increment del sobreprès o de l'obesitat.

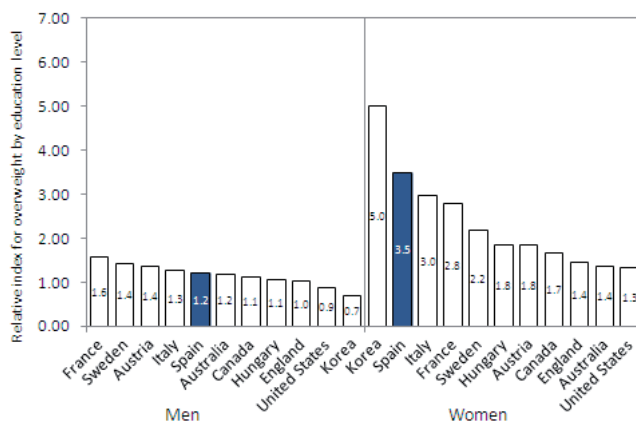
Les noves formes de pobresa i la precarietat inclouen joves en atur amb un nivell d'estudis baix, persones grans que viuen soles amb pensions reduïdes, dones i homes divorciats que veuen disminuir la disponibilitat de diners, famílies en què tots els adults estan a l'atur... La noció de *precarització*, introduïda per Paugan (1991), reflecteix una idea dinàmica sobre allò que, relacionat amb la precarietat, es concep com a un procés. No cal estar en la pobresa extrema per viure l'experiència. Un obrer o un petit comerciant poden quedar-se sense feina o perdre la cartera de clients i passar per un període d'inestabilitat econòmica i social. La precarització no remet només a un indicador monetari, sinó també als canvis produïts en la vida quotidiana que suposen restringir el consum, tenir dificultats per pagar la vivenda, l'hipoteca, els rebuts de llum i gas o per adquirir menjar. Aquesta situació pot empitjorar quan hi ha persones dependents d'un mateix nucli. Remet a la fragilització social i és un contínuum entre la integració i l'exclusió.

En persones grasses, a l'estigmatització produïda pel pes «anormal», se suma la precarització que sovint l'acompanya. De fet, les formes de discriminació social hi contribueixen específicament. A Espanya, «la tasa de obesidad es más elevada en los chicos cuyos padres han completado un nivel de estudios bajo, especialmente si la madre tiene un nivel cultural bajo. El nivel de instrucción de la madre sólo parece tener influencia en los niños más pequeños, hasta los 10 años... La proporción de obesidad es más elevada en los chicos y chicas pertenecientes a

²⁴ <<http://www.idescat.net/premsa/>>. Visitat el 10-12-2012.

un nivel socioeconómico bajo» (ARANCETA, 2008: 223-225). En el cas de les espanyoles, també l'informe d'OECD 2010 assenyala desigualtats socials molt significatives: aquelles que tenen menys estudis tenen 3.5 més probabilitats de tenir sobrepès que les dones amb més estudis (Taula 7). Contràriament, les disparitats per als homes atenent aquesta variable són molt més petites.

Taula 7



Font: OECD, 2010. *Obesity and the Economics of Prevention: Fit no Fat 2010*.²⁵

L'obesitat és més freqüent entre persones de grups socials amb nivells econòmics i educatius baixos, especialment dones i gent gran (NAOS 2005). Tenen les taxes de pobresa (i de risc de caure-hi) més altes, encara que no hi ha massa investigacions que relacionin la diferenciació social amb les pràctiques alimentàries i les condicions de vida. Si el *Panel de Consumo Alimentario* del *Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino*, contempla, entre d'altres criteris, la classe social, malauradament la seva explotació no sempre inclou informació sobre com afecta al tipus de productes consumits. S'apunta que els estrats més baixos consumeixen menys fruites i verdures, peix fresc, certes carns (be, cabrit), derivats làctics o aliments funcionals que la resta de grups. Una causa més que probable d'aquest consum serien els preus superiors d'aquests aliments respecte a d'altres menys saludables, com refrescs (*sodes*), els pastissos industrials o alguns precuinats.

Estudis fets per l'*Observatori de l'Alimentació* a Espanya (CONTRERAS i GRACIA, 2004 i 2006) assenyalen una relació inversament proporcional entre determinats comportaments alimentaris, la classe social i les condicions de vida. La major concentració del treball temporal poc qualificat i remunerat i les jornades laborals

²⁵ <<http://www.oecd.org/dataoecd/13/20/46068529.pdf>>. Visitat el 16-11-2012.

partides i/o amb torns rotatius apareix en les classes socials més baixes, i sobretot entre dones, condicionant directament la selecció dels aliments adquirits, el temps disponible per comprar i preparar els àpats i defineix el model alimentari familiar. A França, Poulain (2009: 109) afirma que les persones en situació de precarització tendeixen a simplificar l'estructura dels àpats, a menjar soles més sovint, a ajustar els horaris de les ingestes als imperatius laborals i a associar els aliments que més atipen (farines, llegums, carns) per calmar la gana i obtenir energia. Per ell, l'associació entre obesitat i precarització hauria de dur a examinar de prop que l'obesitat sigui una resposta a l'estrès associat a la degradació en el posicionament social.

Ara bé, mentre que a França l'objectiu de les estratègies preventives recollides en el PNNS 2006-2010 volen crear accions específiques destinades a les poblacions més desfavorides i incentivar l'abaratiment dels productes saludables, els programes desenvolupats a Espanya (NAOS) i Catalunya (PAAS), tot i que pretenen un abordatge multisectorial, no es plantegen iniciatives dirigides als grups socials que, segons els estudis epidemiològics, tenen les taxes d'obesitat més altes. La major part de les accions van dirigides al públic en general, com si el sobrepès o l'obesitat afectés a tothom, amb independència de classe social, gènere o origen ètnic. L'edat és potser la variable que es té més en compte en aquestes accions, distingint-se entre programes dirigits a la població escolar i a la gent gran.

Global vers local: el «cas» català en el context estatal i internacional

Si fins aquí hem presentat un panorama del problema de l'obesitat i el sobrepès a escala global, amb un esment específic de les dades internacionals, centrarem l'atenció ara en el panorama català.

Un ball de xifres

Volem veure si les xifres sobre obesitat es poden interpretar com a una «epidèmia», o una «pandèmia»: «en los países occidentales se ha señalado un rápido aumento de la prevalencia de obesidad en los últimos años, afectando por igual a ambos sexos, a todos los grupos de edad, a distintos grupos raciales, a familias con alto y bajo nivel económico, e incide tanto en el medio rural como en el urbano. A ello han contribuido por un lado, los cambios en los estilos de vida y por otro una mayor disponibilidad de nutrientes» (Muñoz Calvo).²⁶ Les dades epidemiològiques són suficientment diverses com per considerar-les poc certes, o si més

²⁶ Article sense data disponible a la web de l'Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura: <<http://www.spapex.es/pdf/obesidad.pdf>>. Visitat el 16-11-2012.

no gens precises, les afirmacions de Muñoz, ja que són nombrosos els treballs que assenyalen diferències notables en funció de variables socials. També és cert, però, que aquestes afirmacions impregnen els suports mediàtics i que la majoria de la gent les accepta com a vàlides.

Sobre la validesa científica de determinades afirmacions es podria parlar força. Per exemple, una molt rellevant és que s'admet com a indiscutible la idea que un nen obès esdevindrà un jove obès, i que aquest serà un adult obès, quan en realitat: «*Todavía no existen evidencias epidemiológicas definitivas y concluyentes en cuanto a los efectos a largo plazo y la persistencia de la obesidad infantil en la vida adulta. Teniendo en cuenta las posibles limitaciones en los datos existentes, la evidencia sugiere que es más probable que los niños obesos sean adultos obesos en comparación con los niños que tienen un peso normal, aunque paradójicamente la mayor parte de los adultos obesos en la actualidad no fueron niños obesos*» (ARANCETA, 2008: 220). Aquesta paradoxa no pot ser ignorada ni per experts ni per polítics. De no ser així, estem sentenciant injustificadament, no ja el present dels nens i adolescents grassos, sinó la impossibilitat de deixar de ser-ho quan esdevinguin joves o adults.

A continuació recollim bona part de les dades quantitatives existents sobre prevalença d'obesitat i sobrepès. I, tot i que no és el nostre objectiu reproduir ni sintetitzar totes les dades quantitatives existents sobre prevalença d'obesitat i sobrepès al nostre país, ni tampoc de les incerteses contingudes en certes afirmacions. Ens interessa, però, reflexionar sobre la naturalesa de les xifres i del suport que progressivament han donat als discursos que impregnen les polítiques públiques.

Encara que a força de repetir-ho l'obesitat està esdevenint una veritat inqüestionable, el fet és que no hi ha evidència inequívoca que a Espanya la prevalença de l'obesitat estigui augmentant en adults i joves de forma generalitzada a totes les comunitats (GONZÁLEZ, 2005). Comparant les enquestes de nutrició de Catalunya, el problema no s'agreuja entre el 1983 i 1992 i tampoc creix vertiginosament entre el 1992 i el 2003.

Els estudis fets a Espanya sobre obesitat són diversos, i aquesta diversitat dificulta, sovint, comparar treballs i períodes diferents i com definir l'evolució de les prevalences. Els informes SESPAS mostren com l'interès sobre aquest tema ha estat arbitrari. Apareguts en 1993, són estats de la qüestió sobre aspectes rellevants de salut col·lectiva a Espanya, però només alguns d'ells contenen informació quantitativa relativa a nutrició i pes corporal. En els primers, els de 1995 i 1998, no es fa referència ni a l'alimentació ni a l'exercici físic. En canvi, el 2000 apareix un apartat, «viure saludablement», que inclou referències sobre alimentació saludable, mesures antropomètriques i exercici físic. Dos anys més tard es dedica un capítol a alimentació i nutrició, on s'analitzen l'estat nutricional de la població

espanyola, els coneixements i actituds sobre nutrició de la població i es recomana invertir en nutrició. El de 2004 no fa referència a alimentació, tot i que comencen a aparèixer temes més recents i actuals com la violència domèstica i la immigració. En canvi, al 2006 es torna a recuperar aquesta temàtica i es parla per primer cop de «l'epidèmia d'obesitat», englobada dins d'estils de vida, i dels riscos associats a la dieta occidental i al sedentarisme. En el de 2008 no hi ha cap menció, mentre que en el de 2010 hi ha un capítol referit a l'obesitat i la desigualtat social.

Els estudis específics han estat revisats recentment al document de consens de la *Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad* (SEEDO, 2007).²⁷ Permet veure, a partir de la selecció d'una sèrie de treballs de característiques metodològiques determinades, l'evolució des de 1997 a 2007 (Taula 8). Mostra que la prevalença d'obesitat i sobrepès en adults ha anat augmentant tant en homes com en dones, encara que en les darreres ha baixat el 2% durant els últims anys. No és el cas entre els homes, la prevalença dels quals s'ha incrementat el 6%. En els darrers vint anys, la prevalença d'obesitat entre els nens i els adolescents s'ha duplicat.

Taula 8. Dades sobre sobrepès i l'obesitat als estudis SEEDOs.²⁸

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1997*	SEEDO (89-94)	25-60	13,4	11,5	15,2	36	44	28
2000**	SEEDO (90-00)	25-60	14,5	13,3	15,7	38,5	45	32
2007	SEEDO	25-60	15,5	17,5	13,2	39,2	46,4	32,9

* L'estudi inclou les comunitats autònomes de Catalunya, País Basc, Madrid i València (ARANCETA *et alii*, 1998).

** L'estudi inclou les comunitats autònomes d'Andalusia, Balears, Canàries, Catalunya, Galícia, País Basc, Madrid i València (ARANCETA *et alii*, 2003; ARANCETA i PÉREZ, 2006: 105-107).

Una altra font amb dades sobre l'evolució de la prevalença d'obesitat des del 1987 és l'*Encuesta Nacional de Salud* (ENSE) del Ministerio de Sanidad y Con-

²⁷ La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, fou fundada l'any 1989 durant la celebració del II Congress on Obesity que tingué lloc a Oxford. La SEEDO seguí la filosofia d'altres societats europees amb l'objectiu de ser un punt de trobada entre tots els professionals que treballen en l'àmbit de l'obesitat. Vg. també l'estudi DORICA fet entre 1990 i 2000 per mesurar els factors de risc cardiovasculars entre la població adulta de les comunitats autònomes d'Andalusia, Balears, Canàries, Catalunya, Galícia, País Basc, Madrid i València.

²⁸ Les dades d'aquesta i les següents taules referides a prevalença de sobrepès i obesitat estan expressades en %.

sumo. No ha estat tampoc sistemàtica. Els canvis metodològics introduïts en la ENSE-2003 i la revisió del qüestionari utilitzat a la ENSE-2006 per adaptar-se a l'Enquesta Europea de Salut (EES) dificulten la comparació interanual d'una part de la informació. En les primeres enquestes, les de 1993 i 1995, es va demanar informació sobre l'exercici físic fet en el treball o en el temps lliure, però fins al 2001 no es fa una enquesta nutricional i s'inclouen dades sobre obesitat i sobrepès. El 2003 aparegué informació sobre l'IMC, i el 2006 preguntes sobre exercici físic en el treball o en l'activitat principal, en el temps lliure i el motiu de la no realització. També es pregunta sobre la tipologia d'esmorzar, el patró de consum de determinats aliments, si hom fa dieta o règim especial i, si és el cas, quin és el seu motiu.

A diferència d'altres estudis simultanis, com l'ENKID o el DORICA, les ENSE no recullen informació sobre pes i talla directament, sinó a partir del que declara l'enquestat, la qual cosa acostuma a comportar una sobreestimació de la talla i una subestimació del pes (ARANCETA i PÉREZ, 2006: 106; QUILES i VIOQUE, 1996; SEEDO, 2000). Tot i que l'evolució també ha estat positiva des del 1987, l'increment de l'obesitat i el sobrepès entre l'any 2001 i 2006 en població adulta a les ENSE és inferior a l'augment recollit a d'altres estudis referits per la SEEDO (Taula 9).

Taula 9. Dades referents a població major de 18, recollides per l'Encuesta Nacional de Salud

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
2001	ENS	>18	12,8	11,9	13,6	36	44	28
2003	ENS	>18	13,6	-	-	36,8	-	-
2006	ENS	>18	15,4	15,6	15,2	37,8	45	30,3

Si ens centrem en la darrera ENSE (2006) i observem les cohorts d'edat en la categoria «joves», les menors taxes d'obesitat i sobrepès corresponen a la població entre 15 i 17 i 18-24 anys, mentre que les més elevades es donen entre 25 i 34 anys (Taula 10). En la població infanto-juvenil de 2 a 17 anys gairebé no hi ha increment de l'obesitat ni del sobrepès entre 2003 i 2006 (Taula 11). Si aquestes xifres són certes relativitzarien el poder parlar en termes d'epidèmia o pandèmia d'obesitat quan parlem d'aquests grups etaris.

Taula 10. Dades referents a diferents grups d'edat, recollides al 2006 per l'ENSE

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
2006	ENSE	15-17	2,2	1,7	2,6	16,9	21,3	13
2006	ENSE	18-24	5,5	5,5	5,4	18	22,5	12,9
2006	ENSE	25-34	8,8	9,7	7,9	29,6	38,5	19,9

Taula 11. Dades referents a població entre 2 i 17 anys, recollides per l'ENS

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
2003	ENSE	2-17	8,5	-	-	18,2	-	-
2006	ENSE	2-17	8,9	9,1	8,7	18,6	20,1	17

La font més referida sobre obesitat infantil i juvenil a Espanya és l'estudi ENKID. Basat en una mostra aleatòria de població entre 2 i 24 anys²⁹, recull dades de prevalença d'obesitat entre 1998 i 2000. Com mostra la taula 12, les diferències percentuals respecte les ENSE són notables.

Taula 12. Dades recollides per l'estudi ENKID

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1998-2000	ENKID	6-16	15	-	-	-	-	-
1998-2000	ENKID	15-24	12,9	12,2	13,6	-	-	-

Els valors més alts d'obesitat són superiors entre els nois/es de 6 a 9 anys que entre els de 15 a 24 anys (ARANCETA, 2008:217-220; SERRA *et alii*, 2003). La tendència mostra un increment de la prevalença de sobrepès i obesitat infantil i juvenil en les darreres dècades, més en nois i en edats prepuberals, amb una relació inversa entre nivell socioeconòmic i d'estudis. L'estudi no observa diferències estadísticament significatives en funció de l'ocupació de la mare fora de la llar.

²⁹ La mostra fou seleccionada en base al cens oficial de població. El protocol de l'estudi contemplava dades personals, anàlisi de la ingesta per mitjà d'un recompte de 24h, complimentat amb un qüestionari de freqüència de consum d'aliments.

La proporció de persones amb sobrecàrrega ponderal és superior al Nord-oest, Sud i Sud-est peninsular i a Canàries. La zona amb menys obesitat és el Nord-est peninsular. Aquesta distribució és la mateixa en la població infantil i juvenil que entre adults. En estar organitzat per regions geogràfiques permet extreure dades relatives a diferents comunitats autònomes. Segons aquest treball, també la prevalença d'obesitat a Espanya és major que la de Catalunya (Taula 13), que es manté en una posició intermitja en el conjunt estatal.

Taula 13. Comparativa dades ENKID a Espanya i Catalunya.

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1998-2000	ENKID (Espanya)	2-24	13,9	15,6	12	12,4	-	-
1998-2000	ENKID (Catalunya)	2-24	9,8	-	-	-	-	-

Per la seva banda, a Catalunya hi ha estudis sobre obesitat des dels anys vuitanta, tot i que també són de diferents ordre (taula 14), en funció dels objectius i les metodologies emprades.

Taula 14. Dades sobre sobrepès i obesitat en estudis del 1983 al 1993.

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1983	Goll endèmic	tota	11,5	-	-	-	-	-
1984*	Pla de salut Cat. 1991	>5	11,9	8,9	14,8	27,8	26,5	29,2
1989	Factors Risc CV**	>15	11,9	-	-	-	-	-
1992-1993	Estudi Hàbits Alimentaris	>6	11	-	-	-	-	-
		18-74	12,8	-	-	-	-	-

* Aquest estudi no inclou les comarques del Barcelonès, Baix Llobregat i Maresme (Pla de Salut de Catalunya, 1991:121).

** Cardiovasculars.

A Catalunya els *plans de salut* han estat l'agenda estratègica del Govern de la Generalitat en relació a la salut. Consten de dues parts. Una fa l'anàlisi de l'estat de salut de la població, l'altra presenta les propostes del Departament de Salut per millorar-los. El Pla de Salut 1993-1995 focalitzà la seva atenció en els estils i condicions de vida, en l'alimentació i nutrició, l'hàbit tabàquic, l'alcoholisme, l'ús de drogues no institucionalitzades, exercici físic, excés de pes i conducta sexual, fent menció, també, a totes les malalties associades. Les accions anaven enmarcades per la idea que era més fàcil introduir nous hàbits que modificar els instaurats en tres línies temàtiques: consum de greixos, alcohol o drogues i tabac. També proposava intervenir en alimentació, exercici físic, salut bucodental, medicaments, MTS i sida.

Els plans 1996-1998, 1999-2001 i 2005-2007 analitzen també els estils i condicions de vida en l'alimentació, l'activitat física, l'excés de pes i pràctiques preventives, i es proposen la promoció d'hàbits saludables basats en hàbits alimentaris i exercici físic per a la prevenció i control de malalties cròniques com l'obesitat. El de 2010 estableix eixos estratègics que articulen les polítiques de salut: compromís intersectorial, accions comunitàries per a la salut (activitat física i alimentació), atenció sanitària a les necessitats de salut (malalties cròniques, amb l'obesitat entre d'altres), professionals de la salut, i el paper de la ciutadania.

A les *Enquestes de Salut de Catalunya* (ESCA) (1994, 2002 i 2006) s'observa un augment de l'interès per la informació relativa als hàbits alimentaris i l'activitat física, així com al factor pes i a l'estar gras/prim. El 1994 es pregunta si «es prenen medicaments per aprimar-se», s'inclouen referències a estils de vida i alimentació (seguiment de dietes només per motius de salut, i qui ha recomanat aquesta dieta), i en relació a l'activitat física es distingeix entre la que es desenvolupa habitualment i la freqüència en realitzar una activitat física lleugera de més de 20 minuts.

A partir de 2006 hi ha més ítems específics. El qüestionari demana pes (en una escala de 10 quilos, menys de 60, 60-69, 70-79, 80-89, més de 90) talla (menys de la 140, 140-155, 156-165, 166-170, 171-174, 175-180), i en malalties apareixen, per primera vegada, les endocrines, nutricionals, metabòliques i immunològiques. Es pregunta per activitat física habitual (va a peu, es desplaça amb transports públics, etc), dies que camina al menys 10 minuts seguits (a la setmana), minuts que camina (diaris), dies d'activitat vigorosa (a la setmana), minuts d'activitat vigorosa (diaris), dies d'activitat moderada, minuts activitat moderada, activitat física en temps de lleure i activitat física habitual (molt, moderadament, poc actius). De fet, al contingut del qüestionari es reflecteix la progressiva preocupació dels governs catalans per l'obesitat.

Hi ha també estudis específics sobre hàbits alimentaris a Catalunya. La comparació entre la primera i segona enquesta sobre l'*Avaluació de l'Estat Nutricional*

(ENCAT) de la població catalana, fetes el 1992-93 i 2002-03 respectivament, mostren un increment d'un 2,5% de l'obesitat en un interval de 10 anys (Taula 15).

Taula 15. Comparativa sobrepès i obesitat en població de 18 a 75 dels ENCAT 92/93 i 02/03

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1992-1993	ENCAT*	18-75	12,4	9,9	15	36,6	44,1	29,1
2002-2003	ENCAT	18-75	15,9	16,6	15,2	36,9	43,7	30,1

* En tots dos estudis (92/93-02/03) pes i talla s'obtenien per mesura directa (SERRA et alii, 2007)

En població entre 18 i 24 anys, la prevalença al 2003 és el doble que el 1993, però havia augmentat en homes i baixat un 0,4% en dones. El sobrepès augmenta un 1,8%, disminuint en homes, i augmentant en dones (taula 16).

Taula 16. Comparativa ENCAT en població de 18 a 24 anys dels 92/93 i 02/03

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1992-1993	ENCAT	18-24	2,1	2,5	1,7	17,1	27	7,3
2002-2003	ENCAT	18-24	4,1	6,9	1,3	18,9	19,8	18,1

Una altra font d'informació és l'*Examen de Salut de Catalunya* (ESC), un estudi transversal l'objectiu del qual és obtenir informació relativa a la freqüència i distribució dels factors de risc per a la salut. Entre els temes d'interès estan el nivell i tipus d'activitat física feta en el temps lliure, autopercepció del cos i la talla, mesures antropomètriques (pes, talla, IMC, circumferència de cintura/maluc) i la seva distribució. Comparant les dades de l'ESC 2002 i el de 2006 (aquest darrer coordinat amb l'ESCA 2006), s'observa un lleu increment de la prevalença de sobrepès amb un manteniment de la d'obesitat. Per sexes, el patró s'ha invertit de manera que el 2006 el percentatge de dones amb sobrepès és superior al de 2002 però el d'homes és inferior; i ha disminuït el percentatge de dones amb obesitat mentre que ha augmentat el d'homes obesos (Taula 17). Fins i tot, en el cas de la

població de 15 a 24 anys ha disminuït lleugerament (Taula 18). El grup de joves entre 18 i 29 anys és el que presenta la sobrecàrrega ponderal més baixa.³⁰ Una altra dada rellevant és que a qualsevol classe social els homes tenen una proporció més alta de sobrepès que les dones. Entre la població femenina, igual que a Espanya, el percentatge de població amb sobrepès i obesitat és més elevat en les classes socials més desfavorides.

Taula 17. Comparativa dades 02-06 recollides per l'Examen de Salut de Catalunya, 18-74 anys

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
2002	Examen de Salut Cat.	18-74	16,6	14	19,1	39	49,3	28,3
2006	Examen de Salut Cat.	18-74	16,5	17,3	15,8	39,6	46,7	32,2

Taula 18. Comparativa dades 02-06 recollides per l'Examen de Salut de Catalunya, 15-24 anys

Any	Estudi	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
2002	Examen de Salut Cat.	15-24	17	14,3	19,1	39,4	49,3	28,3
2006	Examen de Salut Cat.	15-24	16,5	17,3	15,8	39,4	46,7	32,2

A l'hora de fer comparacions entre ambdues fonts sorgeixen dificultats. La més rellevant fa referència a les cohorts d'edat, que no són iguals i al fet que a l'ES-CA 2006 el pes i la talla són declarats, i no mesurats. Potser aquest fet explica que la prevalença sigui inferior en sobrepès i en obesitat en la població de 18 a 74 anys respecte a l'ESC (Taula 19).

³⁰ En població infantil i juvenil, el nombre de persones de 6 a 17 anys que van participar en l'Examen de Salut de Catalunya 2006 no permet presentar resultats mesurats.

Taula 19. Comparativa dades de l'Examen de Salut de Catalunya al 06, en 18-74 i 2-17 anys

Any	Estudi*	Edats	Obesitat			Sobrepès		
			Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
2006	ESCA	18-74	13,1	13,1	13,1	36,5	44,2	29
2006	ESCA	2-17	9,3	10,1	8,6	7,4	7,5	7,3

* Valors declarats pels enquestats, o declarats pels pares o tutors quan els enquestats són menors d'edat.

El que mostren aquests estudis és la dificultat d'esbrinar quins són els més fiables i entre quins treballs és pertinent establir comparacions. Segons la IOTF (2005), Espanya (GUTIÉRREZ-FISAC *et alii*, 2005) està en una posició intermèdia a nivell mundial en prevalença d'obesitat en adults, tot i que segons l'OECD està per sobre de la mitjana. Ambdues fonts, coincideixen en què la situació relativa a nens i adolescents és més alta que el promig. Segons l'ENSE 2006, l'obesitat és del 15.4% en persones de major de 18 anys, i del 8.9% entre les persones de 2-17 anys i que, respecte a aquestes xifres, Catalunya se situa, si prenem les dades de l'ESCA 2006, per sota de la mitja espanyola en relació a l'obesitat en adults, amb un 13.1%; i lleugerament per sobre en relació a la franja de 2-17 anys, amb un 9.3%. Les xifres indiquen també un increment molt més moderat de la seva prevalença en nens i joves a Catalunya que a Canàries o Galícia.

La multitud d'estudis i informes publicats als darrers anys revelen una cacofonia de fonts i xifres. També de causes i defectes, tot i que la majoria apunten al desequilibri dietètic i la manca d'exercici físic. Les generalitzacions fetes sobre la magnitud del problema i la seva homogeneïtat són tant freqüents en la literatura biomèdica com insostenibles. No és cert que l'obesitat afecti a tothom igualment amb independència de la regió, l'edat, la classe social o el gènere. Davant d'això, el més sensat és acceptar només, i amb prudència, allò que sembla més obvi. Si bé a Catalunya s'ha produït un increment de la prevalença de l'obesitat durant les darreres dècades, aquesta no ha estat lineal i ha afectat desigualment als catalans.

Les polítiques públiques, els dispositius assistencials i els tractaments

El primer nivell d'atenció del sobrepès i de l'obesitat a Catalunya s'ofereix als centres d'atenció primària (CAPs), on també es fa promoció d'hàbits saludables. El metge de família, seguint protocols, aconsella de forma sistemàtica l'exercici físic regular i la dieta òptima, i té en consideració el pes dels seus pacients, independentment de la patologia per la que acudeixen al centre. Si presenta un pes considerat no

saludable, és a dir per sobre d'un IMC del 25, se li proposa un seguiment dietètic i activitats físiques específiques. D'aquesta manera, als CAPs realitzen la tasca de prevenció i detecció de casos. Segons el primer diagnòstic, es valora si cal derivar el pacient a algun especialista —generalment, endocrinòlegs o digestòlegs—, o si segueix tractament al Centre d'Atenció Primària. Als CAPs, l'atenció a l'obès la fan el metge de família, les infermeres o les dietistes (si n'hi ha). Els criteris terapèutics són els mateixos per a tothom: re-educació nutricional, increment de l'activitat física i, si s'escau i hi ha recursos, suport psicològic.

Cada CAP, com cada hospital, té el seu propi protocol. Tot i que no existeix un protocol comú a nivell autonòmic o estatal per a tots els centres, recentment el *Ministerio de Sanidad y Política Social* ha elaborat una *Guia de Pràctica Clínica sobre la Prevenció i el Tractament de l'Obesitat Infanto juvenil*³¹ amb la finalitat d'ajudar als professionals. El Departament de Salut l'ha subscrit. La guia no és de compliment obligatori ni substitueix el judici clínic del personal sanitari, sinó que és un recolzament a la presa de decisions en atenció a l'obesitat. El document, publicat el 2009, és un dels volums de la col·lecció de *Guies de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut* per a població infanto-juvenil. El seu objectiu és prevenir, detectar i tractar casos de nens i adolescents amb sobrepès o obesitat, unificant criteris diagnòstics i d'actuació. Hi ha també recomanacions sobre mesures preventives i diferents tractaments. Les actuacions van dirigides a canviar hàbits alimentaris, emprant dietes restrictives i canvis en els estils de vida, promoure l'exercici físic i reduir les activitats sedentàries. A més, descriuen les terapèutiques disponibles pels casos més greus.

Als hospitals donen atenció especialitzada endocrinòlegs, digestòlegs, metges especialistes en Nutrició i Dietètica i dietistes-nutricionistes. El seguiment al pacient obès es fa a les consultes externes. Consisteixen en un control ponderal i una revisió dels seus hàbits alimentaris a partir d'un *recordatori de 24h*, en què el pacient reconstrueix què va menjar el dia anterior; un *diari dietètic*, en què anota el consum alimentari dels últims tres (o més) dies, una *Història Dietètica* i un QFCA.³² L'objectiu d'aquests instruments és conèixer quins són els hàbits dietètics i planejar una actuació dietètica personalitzada.

El tractament inicial sempre comença amb una intervenció sobre els anomenats «estils de vida», tot i que aquestos queden reduïts novament a l'eix dieta/exercici: es proposa una combinació entre el canvi d'hàbits alimentaris i la promo-

31 Aquesta Guia ha estat elaborada pel Ministerio de Sanidad y Política Social, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, dintre el Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, i finançada pel Ministerio de Ciència e Innovació i l'Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques de Catalunya.

32 Qüestionari de Freqüència de Consum d'Aliments.

ció d'activitat física per reduir el sedentarisme. El pacient és citat entre dues/tres setmanes i tres o quatre mesos, segons el cas. Quan cal, s'ofereix suport psicològic i en casos particulars, quan les intervencions sobre els estils de vida —és a dir, sobre el menjar i l'activitat física— fracassen, es proposen fàrmacs o cirurgia bariàtrica (taula 20).

Taula 20. Llistat dels diferents tipus de tractaments per a l'obesitat a la Xarxa Assistencial.

<i>Tractaments per a l'obesitat</i>
<i>Intervenció sobre l'estil de vida</i>
Dieta
Activitat física
Disminució del sedentarisme
Tractament psicològic
<i>Intervencions anteriors combinades</i>
Intervencions farmacològiques
Sibutramina
Orlistat
Rimonabant (no en ús, tret del mercat)
Metformina
<i>Intervencions quirúrgiques</i>
Baló intragàstric
Cirurgia bariàtrica
Derivació biliopancreàtica
Derivació gàstrica
Gastroplàsia
Bandes gàstriques
<i>Intervencions alternatives</i>

Com a tractament farmacològic de l'obesitat en aquest moment només s'utilitza l'orlistat (Xenical), principalment com a coadjuvant. El 2008, aproximadament, la European Medicines Agency recomanava la suspensió de la autorització per a la comercialització de Sibutramina (Reductil). El mateix dia l'Agència Espanyola de Medicamentos y Productos Sanitarios va suspendre cautelarment la comercialització d'aquest medicament. La SEEDO va manifestar el seu desacord.

El fàrmac no s'ha tornat a comercialitzar i també es va retirar del mercat als EUA. Quant a la metformina (un hipoglucemiant oral utilitzat en alguns pacients que pateixen diabetis mellitus tipus 2), en pacients obesos només es recomana en aquells casos que presenten una glucosa basal alterada (resistència a la insulina o intolerància a la glucosa), amb la finalitat de retardar l'aparició de la diabetis. Tots tenen efectes adversos que han de ser controlats pels metges i el pacient,³³ i no són considerats gaire efectius en la pèrdua de pes. No hi ha estudis sobre els efectes d'aquests tractaments farmacològics en infants i pocs sobre adolescents. Els fets sobre població adulta, tampoc proporcionen dades sobre la morbimortalitat i la seguretat a llarg termini. Per això el tractament farmacològic en adolescents amb obesitat és considerat un darrer recurs i només s'administra en casos de comorbiditat greu o després del fracàs d'intervencions sobre el seu estils de vida.

En obesitats molt severes amb comorbiditat, els pacients poden ingressar a l'hospital per tal d'aconseguir una major pèrdua de pes per mitjà del control sistemàtic de les ingestes. Aquestes hospitalitzacions solen ser de dilluns a divendres. El cap de setmana el pacient marxa a casa i reingressa dilluns al matí. El pacient es pesat cada dia i pren el menú hipocalòric de l'hospital o algun tractament dietètic alternatiu, com ara batuts o sobres.³⁴

En darrera instància hi ha la cirurgia. En el cas dels adolescents és considerada només en circumstàncies excepcionals d'obesitat greu amb comorbiditat severa, i on totes les mesures terapèutiques hagin fracassat prèviament. Si bé no es coneixen tots els efectes d'aquestes intervencions a llarg termini. Els encoratjadors resultats que s'hi obtenen fan que cada vegada es recorri a aquella tècnica amb més freqüència. Hi ha diferents tipus d'intervencions. L'implantació del *baló intragàstric* consisteix en introduir una esfera de silicona amb sèrum fisiològic dins l'estómac. Ocupa una part de l'espai i redueix la sensació de gana i augmenta la de sacietat. S'associa a una intervenció dietètica. La seva implantació es perllonga durant sis mesos, després dels quals és retirat. El pacients tractats solen patir un augment de pes després de la seva retirada.

Un altre procediment són les *bandes gàstriques*, que constrenyen l'estómac i produeixen una major sensació de sacietat amb un menor consum d'aliments. Els efectes a la seva retirada són similars als anomenats anteriorment. Altres tècniques de cirurgia bariàtrica són la *derivació biliopancreàtica*, *gàstrica* o *gastroplàsia*, conegudes també com *by-passos* i la *reducció d'estómac*. Tanmateix alguns by-passos comporten malabsorció d'alguns nutrients en seccionar part de l'intestí prim;³⁵

33 Un quart fàrmac, el rimonabant, va ser retirat el 2008 del mercat espanyol per produir trastorns mentals greus (depressió, ansietat, irritabilitat, agressió...).

34 Com podria ser l'Optifast, utilitzat en alguns hospitals catalans.

35 Aquestes carències absorbives són compensades amb suplementes vitamínics específics.

no així les reduccions d'estómac. Totes s'han d'acompanyar de canvis en l'estil de vida³⁶ i estan reservades només per cassos amb IMC superior o igual a 35 amb comorbiditat, o major de 40 un cop esgotades les possibilitats d'altres tractaments. L'avantatge d'aquestes operacions és que poden obtenir pèrdues de pes molt grans i amb altes possibilitats que siguin definitives. Només en aquells casos en què les persones forcen molt els seus reduïts estòmacs, tornen a guanyar pes. La mortalitat de la cirurgia bariàtrica és del 1-2% i la morbiditat quirúrgica es troba al voltant del 10% (RUBIO *et alii*, 2007).

També s'investiguen tractaments alternatius com l'acupuntura, l'acupressió, suplementes dietètics i l'homeopatia, però no hi ha prou informació sobre la seva eficàcia en població adulta i en adolescents. S'han fet estudis sobre el quitosan i l'àcid linolènic conjugat que mostren certa efectivitat en joves, però no hi ha estudis en nens i adolescents. En adolescents s'han estudiat tractaments amb cafeïna combinada amb efedrina que han estat positius per a la pèrdua de pes, amb pocs efectes adversos. En nens, el *taeumjowi-tang* (compost tradicional d'herbes d'origen coreà) sembla donar algunes pèrdues de pes. Els estudis d'aquests recursos en el tractament de l'obesitat no donen informació suficient sobre la seva efectivitat, que de moment és escassa i poc fiable (*Guies de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut*, 2009).

Malgrat tots aquests tractaments, hi ha unanimitat a acceptar que el fracàs terapèutic és molt alt, la qual cosa afavoreix que l'obesitat sigui percebuda com una malaltia difícil de tractar. Ens preguntem si ho és per la impossibilitat de canviar els estils de vida dels pacients que han estat reduïts a la mínima expressió —dieta/exercici— o si ho és perquè la predisposició genètica que afavoreix la seva grassor és encara poc manipulable mèdicament.

MESURES PREVENTIVES: LES ESTRATÈGIES INTEGRALS

En aquest mar d'incògnites sorprenen, relativament, les respostes donades per promoure estils de vida saludables. Preocupats pels possibles danys en la salut i els costos econòmics, experts i polítics han elaborat nombroses propostes que, preses en conjunt, mostren no només l'extraordinària capacitat de normativitzar que tenen les institucions, sinó de fer-ho d'una manera homogeneïtzant i, en general, contradictòria. Tant és així que en les polítiques públiques, la majoria de les

³⁶ La cirurgia bariàtrica demana i provoca un canvi tan fort en la ingesta (moltes setmanes d'ingesta exclusiva de purés i batuts al pre i postoperatori) i després capacitats estomacals que no superen el volum d'un iogurt. Això serà tot el que la persona sigui capaç d'ingerir en un àpat. Aquestes conseqüències immediates comporten inevitablement canvis en els estils de vida.

accions acaben sent *reduccionistes* (en la concepció), *ràpides* (en cercar solucions a curt termini) i *descoordinades* (en l'aplicació).

Deïen que les mesures ens sorprenen només relativament perquè la posició actual d'Espanya i de Catalunya ha estat incorporar-se molt ràpidament, en especial després de 1986 amb la entrada a la UE, a les estratègies i discursos internacionals, sense massa perspectiva crítica. Amb massa freqüència s'ha mirat al Nord d'Europa —influït alhora pels EUA— per emmirallar-s'hi i copiar parcialment algunes iniciatives, sense gaire anàlisi del context del Nord i del seu paper en la definició de determinades polítiques. A la vegada, des del Nord hom mira el Sud —els PIGS—³⁷ com països perifèrics que pateixen un retràs crònic, tan social com econòmicament. Fugint del localisme cosmopolita d'Hipocrates en relació a la *dietai*, avui s'accepten els discursos engendrats pels *think tanks* internacionals com a dogmes, i això, en processos que tenen a veure amb la salut, s'ha fet, sovint, al preu d'eliminar les especificitats de context posant en quèstió l'eficàcia, l'eficiència de les mesures o l'equitat en la prestació.

El diagnòstic unànim sobre l'increment de l'obesitat ha dut a experts i polítics de tot el planeta a elaborar propostes davant del que es considera un fenomen degut, principalment, a una alimentació inadequada i a un exercici físic insuficient. D'altra banda, l'acceptació generalitzada que el tractament de l'obesitat no és fàcil i que, en la majoria del casos, condueix al fracàs, ha servit per justificar el desplaçament de les accions polítiques cap a la prevenció (POULAIN, 2009: 20). Si l'obesitat no pot curar-se, millor evitar-la. Són moltes les propostes per legislar en aquest àmbit.³⁸ Si l'origen del problema es concep en base a la mateixa «cadena» de causalitats socials a tot arreu, per què no han de ser-ho també les accions per fer-hi front?

La més rellevant de totes ha estat l'Estratègia Mundial sobre Règim Alimentari, Activitat Física i Salut DPAS adoptada per la 57^a Assemblea Mundial de la Salut (AMS) al maig del 2004 (Taula 21).³⁹

³⁷ Portugal, Italy, Greece, Spain.

³⁸ Vg. el Projecte de Llei de Seguretat Alimentària i Nutrició aprovat recentment pel govern espanyol, la Llei d'Obesitat argentina o la llei contra l'obesitat infantil a Mèxic D.F. i a Dinamarca, en aquest sentit, des d'inicis del 2011 ha aplicat un impost als productes amb grasses saturades per tractar de reduir el seu consum. Caldrà veure quines són les conseqüències d'aquestes actuacions legislatives i els seus efectes en la salut de les persones.

³⁹ <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf>. Visitat el 11-12-2012.

Taula 21. Resum del que la DAPS pretén promoure en els països membres

DAPS <i>Insta els Estats membres a:</i>
Desenvolupar, aplicar i avaluar accions en les circumstàncies nacionals com a part de les seves polítiques i programes generals, que promoguin la salut individual i comunitària a través de l'alimentació sana i l'activitat física, fomentant equilibri energètic.
Reforçar els plans ja existents, o establir noves estructures per a l'aplicació de l'Estratègia a través de la salut i altres sectors pertinents per reduir els riscos relacionats amb les dietes malsanes i la inactivitat física.
Definir: metes i objectius, que permetin vigilar i avaluar les mesures adoptades en una resposta ràpida a les necessitats identificades, per preservar i promoure els aliments tradicionals i l'activitat física.
Estimular la mobilització de tots els grups socials i econòmics interessats (científics, professionals, no governamentals, voluntàries, del sector privat, la societat civil i indústria)
Estimular i fomentar un entorn favorable per a l'exercici de cada un, la responsabilitat de la salut a través de l'adopció d'estils de vida que incloguin una dieta sana i l'activitat física
Garantir que les polítiques públiques de conformitat amb els seus compromisos individuals en els acords internacionals i multilaterals, inclosos el comerç i altres acords connexos, per tal d'evitar una de restricció o de distorsió de l'impacte en el comerç.
Considerar el risc d'efectes no intencionals a les poblacions més vulnerables i als productes específics en aplicar l'Estratègia.

Des d'aleshores, molts països han posat en marxa accions particulars. A Espanya la principal és l'*Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad* (NAOS, 2005), que té rèpliques a diferents comunitats autònomes; a França el *Programme National Nutrition Santé* (PNNS, 2006-10); i a Mèxic existeix el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, que malgrat que només pretén una política integral per la prevenció i control de l'obesitat, no ha deixat de fer campanyes i accions específiques, com: *México está tomando medidas*,⁴⁰ *Mídete la cintura*,⁴¹ *Por tu salud, ejercítate*,⁴² *Vive Saludable*⁴³ o *Vamos a por el control*. Per la seva banda, la UE, després d'afirmar que l'augment de la prevalença de l'obesitat afecta a tota Europa, ha desenvolupat un marc d'actuació comú mitjançant la *Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud* (LIBRO VERDE,

40 Programa Estrategico de Vigilancia Nutricional: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/variados/docs%20nut/prog%20vig%20nut.pdf>>.

41 Fundación Mídete: <<http://midete.org/programas-de-gobierno-2/>>.

42 <<http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/04/5-PASOS.pdf>>.

43 <http://www.alimentacion.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=1677:obesidad-programa-vive-saludable&catid=38:publicaciones-especializadas&Itemid=56>.

2005),⁴⁴ la *Red sobre Nutrición y Actividad Física y l'Estrategia sobre Problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad* (LLIBRE BLANC, 2007)⁴⁵ (Taula 22) per donar suport i complementar les iniciatives nacionals.

Taula 22. Resum dels diferents plans adoptats a nivell internacional i nacional

Lloc	Any	Pla	Actuacions
Internacional: OMS	2004	DPAS ¹	Eina que serveix per guiar l'acció de cada Estat en el camp de la prevenció de las malalties cròniques, establint una sèrie d'accions específiques per promoure una alimentació sana i l'activitat física.
Europa	2005	PEADAF ²	Estratègia global relacionada amb la nutrició i l'activitat física que desenvolupa la Comissió Europea sobre com enfrontar-se a l'epidèmia de l'obesitat a Europa.
França	2006 2010	PNNS ³ Programme National Nutrition Santé	Novetats significatives: <ul style="list-style-type: none"> • Pressuposa una elecció alimentària lliure en el context social i cultural propi de cada persona. • Recomana vigilar els missatges difosos i no focalitzar les accions de prevenció sobre l'obesitat. Cal desmedicalitzar els missatges de prevenció. • Té en compte la triple dimensió biològica, simbòlica i social de l'acte alimentari. • Destaca una gamma més alta de mesures per poblacions específiques, en forma d'intervencions diferenciades segons l'edat i les poblacions desfavorides. • Millora l'ajuda alimentària aportada a les persones en situació de precarietat. • Té en compte les xarxes socials en les accions d'educació per la salut. • Intenta evitar els problemes base com: <ul style="list-style-type: none"> – Insistir en recomanacions nutricionals conegudes per tots. – Generalitzar causes i abordatges. – Estigmatitzar l'obesitat.
Europa	2007 2012	2nd WHO, EAPFNP ⁴	Destaca la necessitat d'adaptar els programes segons cada context.
Espanya	2005	NAOS ⁵	Pla proposat des de l'Agència Espanyola de la Seguretat Alimentària i la Nutrició amb l'objectiu de sensibilitzar a la població del problema que l'obesitat representa per a la salut i d'impulsar totes les iniciatives que contribueixin a aconseguir que els ciutadans, especialment nens i joves, adoptin hàbits de vida saludables, principalment a través d'una alimentació saludable i de la pràctica regular d'activitat física.
Espanya	2005	Codi PAOS	Acord entre el Ministeri de Sanitat i la indústria alimentària (les cadenes de la televisió FORTA ⁶ i la UTECA ⁷), estableix criteris de publicitat de productes alimentaris.

1 Estratègia Mundial sobre el Règim Alimentari, Activitat Física i Salut. Aquesta estratègia sorgeix, en la 15th Assemblea Mundial de la Salut. 2 Plataforma Europea d'Acció Sobre la Dieta i l'Activitat Física. 3 Programme National Nutrition Santé. 4 European Action Plan for Food and Nutrition Policy. 5 Estratègia per a la Nutrició, l'Activitat Física i la Prevenció de l'Obesitat. 6 Federació d'Organismes de Radio i Televisió Autònoms. 7 Unió de Televisions Comercials.

44 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0637es01.pdf>. Visitat el 10-12-12.

45 <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0391:FIN:ES:PDF>>. Visitat el 10-12-12.

Sorprèn la rapidesa de la resposta de les administracions estatals o locals a la crida de l'OMS el 2004, i la similitud de les accions. Si l'OMS (DPAS, 2004) admetia que les decisions sobre alimentació i nutrició havien de basar-se en la cultura i les tradicions, ser culturalment apropiats i adequar-se als canvis registrats en el curs del temps, el fet és que els primers programes han estat molt homogenis i amb prou feines han tingut en compte la diversitat sociocultural. Ara alguns països estan començant a seguir polítiques diversificades, com és el cas de França, on l'estancament de la tendència positiva s'ha atribuït a l'èxit a les campanyes institucionals.⁴⁶ La segona fase del seu PNNS (2006-10) té novetats significatives respecte a l'anterior (Taula 22). Parteix de deu principis generals, entre els quals considera que l'elecció alimentària és un acte lliure en el context cultural i social propi de cada persona, que cal vigilar els missatges difosos i no focalitzar les accions de prevenció sobre l'obesitat, que és el mateix que dir que cal desmedicalitzar els missatges de prevenció.

En aquesta segona versió, en què han participat científics socials, s'esmenen alguns dels problemes de base, com insistir en recomanacions nutricionals conegudes per tots, generalitzar causes i abordatges i estigmatitzar l'obesitat. Té en compte la triple dimensió biològica, simbòlica i social de l'acte alimentari i destaca una gama més àmplia de mesures per poblacions específiques, en forma d'intervencions diferenciades segons edats de la vida i poblacions desfavorides, tenint en compte les xarxes socials en les accions d'educació per a la salut i millorar l'ajut alimentari a les persones en situació de precarietat. Part d'aquestes idees han estat incorporades al *Second WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012* (setembre, 2007) destacant, una vegada més, la necessitat d'adaptar els programes a cada context. Caldrà veure com es despleguen i quines conseqüències tenen en la pràctica, atès que aquests arguments ja van ser recollits, en part, a la 57a Assemblea Mundial de la Salut el 2004 sense gaire èxit, com mostren la NAOS o el PAAS a Espanya i Catalunya.

A Espanya, els programes d'algunes comunitats autònomes s'assemblen perquè s'han adaptat a les directrius de l'Estratègia NAOS (Taula 23), malgrat que la prevalença de l'obesitat entre regions és força dispar.⁴⁷ A més, les comunitats pioneres, no han estat les que tenen una major quantitat d'obesos, com Catalunya o Madrid.

46 La premsa escrita ha fet públics fa poc alguns estudis fets a França i EEUU assenyalant que, per primera vegada des de 1980, la taxa d'obesitat infantil s'ha estancat. Els investigadors no saben si estem davant una casualitat o una tendència a llarg termini, encara que coincideixen en afirmar que l'èxit s'ha d'atribuir a polítiques governamentals. Disponible en: <www.lavozdegalicia.es/sociedad/2008/05/28/00031211967335352732582.htm> (visitat el 16-11-2012).

47 Segons la ENSE (2006), mentre que a Astúries el 4,56% de la població entre 2 i 17 anys és obesa, a Canàries la xifra es triplica, arribant al 15,88 en nens i joves.

Taula 23. Resum mesures proposades en l'«Estratègia NAOS»

<i>Per part de la indústria alimentària:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Prendre mesures per reduir de manera progressiva el contingut en greixos, sucre i sal dels aliments Regular la publicitat d'aliments, especialment la dirigida als nens. • Per els establiments d'hoteleria i restauració. • Prendre mesures per tal que ofereixin menús cada vegada més sans.
<i>Per la comunitat educativa:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Avaluar l'oferta de menjars i begudes disponibles en els centres per assegurar que s'ajusten a les recomanacions nutricionals. • Promoure entre els nens i joves hàbits saludables de vida ja des de l'escola, millorant els menús escolars. • Major calat de l'educació nutricional en les primeres etapes escolars amb inclusió de continguts específics en els ensenyaments obligatoris per afavorir l'«autocura» i adoptar estils de vida més saludables.
<i>Per les indústries de l'oci, de la moda i el sector de la publicitat i de la comunicació:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Establir vies de col·laboració, per prevenir problemes com l'anorèxia.
<i>Amb les diferents administracions:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Afavorir la construcció a les nostres ciutats de més zones verdes i esportives. • Possibilitar la detecció precoç, la vigilància epidemiològica i el tractament dels trastorns alimentaris.
<i>En definitiva, es tracta impulsar patrons alimentaris adequats:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Educant nens i joves perquè sàpiguen compondre dietes variades, apetitoses i correctes. • Aconseguint que les opcions més saludables siguin també les més senzilles d'adoptar. • Practicant exercici físic de forma regular i que es converteixi en pràctica habitual entre els ciutadans. • Recomanant als pares que promoguin bons hàbits alimentaris i una dieta variada per als seus fills. • Conscienciant als ciutadans que una vida activa i una dieta equilibrada són els pilars per a un major benestar.

Font: elaboració pròpia a partir de NAOS (2005).

Aquestes estratègies s'autodefineixen com a *integrals*, ja que pretenen la col·laboració dels diferents agents socials i el compromís dels diversos nivells de govern (local, regional, estatal), de la societat civil i del sector de la indústria o la restauració. La majoria estan basades en accions informatives i educatives: iniciatives de comunicació social i educació nutricional interactives, observatoris de l'obesitat o de la qualitat alimentària, millores en l'etiquetatge nutricional i hom pretén també educar nutricionalment a pares i mestres, implicar els mitjans per afavorir missatges antiobesitat i capacitar als facultatius del primer nivell d'atenció.

A Catalunya hi ha campanyes promocionant hàbits de vida saludables com a mínim des de 1991 (Taula 24). La resposta a la DAPS (2004) i a l'Estratègia NAOS (2005) ha estat dissenyar una estratègia integral pròpia, anomenada Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAAS) els objectius de la qual són, com la resta d'estratègies internacionals i estatals, potenciar l'exercici físic i la dieta òptima.

Taula 24. Resum de les diferents estratègies preventives dutes a terme a Catalunya

Àmbit	Any	Campanya	Objectius
Catalunya	1991	Campanya «Mou-te»	Afavorir, dins l'entorn d'una alimentació saludable i variada, el consum d'aliments, tècniques i preparacions pròpies de l'alimentació mediterrània, fruita, verdura, llegum, fruita seca, làctics, peix i oli d'oliva, tot potenciant paral·lelament la pràctica d'activitat física.
Catalunya	1997	PESE ¹	Distribució del Quadern per a la planificació de menús a l'escola associat al Servei d'assessorament de programacions de menús.
Catalunya	2006	Campanya «Ve de gust menjar bé»	Proposar actuacions que se centren en missatges publicitaris per TV3 per «menjar bé» emfatitzant cinc àrees temàtiques: comencem bé el dia, organització i família, menjar fora de casa, aprendre a cuinar (adolescents) i qualitat més que quantitat (avis). Difusió de vídeos promocionals, espots de televisió i publicitat al carrer.
Catalunya	2007	PAFES ²	Prescripció de l'activitat física i l'esport a l'atenció primària. Aconseguir que sigui una eina terapèutica d'utilització habitual i, alhora, de promoció de la salut. Promoció dels hàbits saludables i prevenció de la malaltia mitjançant «la recepta» de l'activitat física i l'esport.
Catalunya	2004 2006 2008 ³	PAAS ⁴	Potenciar la pràctica regular d'exercici i una alimentació saludable, amb campanyes de sensibilització de la població, accions informatives i educatives centrades en els estils de vida saludables. Plantejar accions destinades a crear entorns favorables que facilitin l'adopció del manteniment de comportaments saludables en l'àmbit: educatiu, comunitari, sanitari i laboral.
Catalunya	2009	Campanya «30 + 5. Treu profit de la teva vida diària per fer salut»	Informar i sensibilitzar a la població catalana sobre els beneficis de fer 30 minuts diaris d'activitat física moderada i menjar de forma variada i equilibrada, incorporant fruites i verdures. De l'1 al 23 de febrer, des de la TV, la radio, premsa i Internet.

1 Programa d'Educació per la Salut a l'Escola, coordinat amb el Programa d'Alimentació i Nutrició del Departament de Salut. Aquestes guies parlen d'aliments saludables, de què són els nutrients, dels grups d'aliments (fruites, verdures i hortalisses, llet i derivats, carn i embotits, llegums, cereals, fruita seca, sucres, dolços i begudes ensucrades) i dels nutrients principals d'una alimentació saludable (les necessitats calòriques, els requeriments nutricionals, alimentació variada).

2 Pla d'Activitat Física, Esport i Salut.

3 El primer esborrany del PAAS s'elaborà el 2004, el definitiu sortí el 2006, i el 2008 ha estat elaborat un tercer.

4 Pla Integral per a la Promoció de la Salut Mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació Saludable, repassat al 2008.

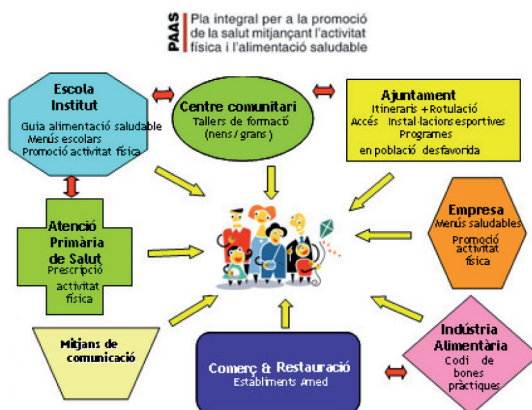
Vinculades al PAAS, els darrers cinc anys s'han elaborat i s'ha donat suport a diverses accions en els àmbits educatiu, sanitari, comunitari i laboral dirigides preferentment, encara que no totes, a la població infanto-juvenil (Taula 25).

Taula 25. Resum de les actuacions del PAAS en els diferents àmbits

<i>Àmbit educatiu</i>
Facilitant guies d'alimentació saludable, revisió de les programacions de menús escolars i promouent l'activitat física; creant un document de consens sobre màquines expenedores d'aliments i begudes en els espais per infants i joves; fent una guia de recursos didàctics sobre l'alimentació i l'activitat física per a docents; realitzant tallers i activitats de promoció del consum de fruites i verdures a les escoles i donant suport tècnic i/o institucional a projectes com el THAO, AVALL, EDAL, shape-up, (Pla català d'esport a l'escola de la Secretaria General d'Esport), a l'estudi «sobre les creences, actituds i hàbits relacionats amb l'alimentació i la salut durant l'etapa escolar», al PAGHS, a «Pentagrama» (programa d'espectacle musical sobre l'alimentació i activitat física), al programa «El Sambori dels aliments», etcètera.
<i>Àmbit sanitari</i>
Desplegament del llibre blanc amb consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària, es crea material de suport a l'educació sanitària: tríptics, piràmide de sobretaula, iman i pòsters sobre Alimentació Saludable i Activitat Física. A través de la creació del Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES) es realitza una formació continuada en alimentació i nutrició per a professionals de centres d'atenció primària de salut (APS). Aquesta s'ofereix de manera descentralitzada i a demanda de cada centre de salut en forma de sessions monogràfiques. Es publiquen les tendències en l'estat i hàbits nutricionals de la població catalana 1992-2003. Public Health Nutrition 2007: 10 (11A). Es dona suport al programa «Nens en moviment», al «fòrum clínic», etc.
<i>Àmbit comunitari</i>
Es fan tallers per infants i adults; es posen en marxa la campanya mediàtica des de la Corporació Catalana de Radio i Televisió «Ve de gust... menjar bé», el projecte AMED, ESCALES, BICIES-COLA, FIRA GRAN; s'edita el calendari de Caminades de Catalunya, es fan tallers «Viure més i millor» sobre alimentació saludable i activitat física; es dona suport a la FECEC...
<i>Àmbit laboral</i>
Es fan recomanacions per millorar l'equilibri nutricional, el projecte «Feu salut, pugeu per les escales».
<i>Accions de suport a la recerca aplicada</i>
Es dona suport a projectes com el DE-PLAN- diabetis a Europa o a l'estudi PREDIMED sobre els efectes de la dieta mediterrània en la prevenció primària de la malaltia cardiovascular.

Tot i que l'estratègia d'aquestes campanyes és multisectorial i integral, no és difícil constatar que les iniciatives preses giren, principalment, al voltant de la dieta òptima i l'exercici físic regular i es basen, en conseqüència, en canvis conductuals. Seguint el model explicatiu de l'ambient obesogènic, el que cal és modificar els comportaments físics i dietètics inapropiats que estarien a la base de l'augment de l'obesitat (Figura 3). D'aquesta forma, re-emergirà l'equilibri fisiològic i s'evitarà l'obesitat.

Figura 3. Àmbits d'actuació del PAAS. Generalitat de Catalunya



Vinculades a les recomanacions generals, les rodes i piràmides nutricionals han estat clau per normativitzar el què hem de menjar i quant, i homogeneïtzar el consum alimentari. Les prescripcions dietètiques reclamen prudència en la ingesta energètica —menjar menys— i varietat en el consum. L'actual dieta òptima ha reduït la presència de productes que promocionà tot just unes dècades enre-re. De manera progressiva, ha anat desaconsellant el consum de carns, d'ous, de mantegues o margarines a favor de cereals integrals, llegums, fruites, hortalisses o d'oli, com el d'oliva. Si bé és cert que l'actual roda alimentària (Figura4) no és vegetariana, sí que hi tendeix, ja que posa els grups càrnics en posicions de “consum moderat” i “ocasional”.

Figura 4. Piràmide de l'alimentació saludable. Generalitat de Catalunya

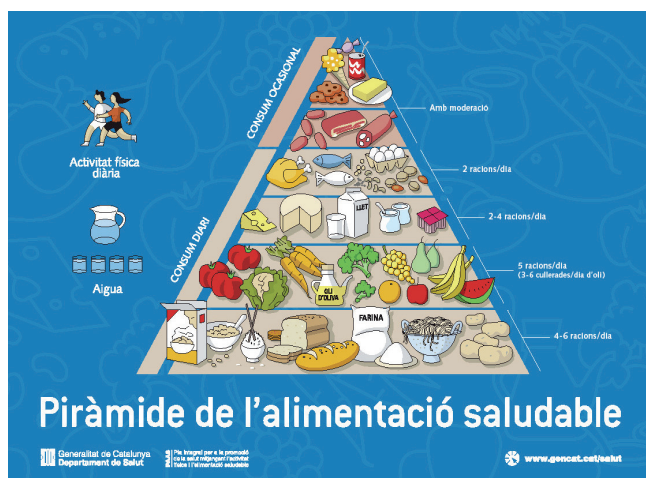


Figura 5. Piràmide de l'activitat física a la infància i l'adolescència

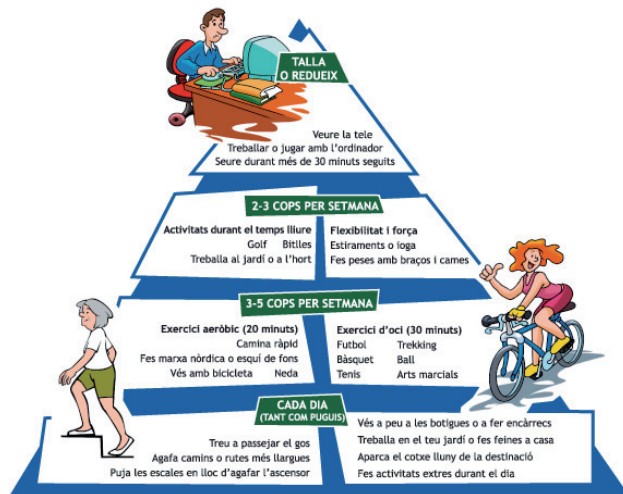


Emulant altres piràmides de l'activitat física publicades als EUA, la proposada per la Generalitat de Catalunya (Figura 5) recomana la pràctica d'activitats físiques que van des de passejar el gos o fer tasques domèstiques a nedar, ballar o evitar els videojocs... T'indiquen què cal fer cada dia i quants minuts. Hi ha versions de les piràmides adaptades també a grups d'edats, les quals suggereixen activitats diverses per a nens, joves o grans.

Algunes recomanacions són, però, ideals. La cúspide de la piràmide creada pel Clínic de Barcelona (Figura 6) proposa suprimir o reduir «veure la tele», «treballar o jugar amb l'ordinador» o «seure durant més de 30 minuts seguits». Doncs bé, què podem fer nosaltres, individualment, per reduir o suprimir les hores que passem davant de l'ordinador per imperatius laborals? Podríem, encara que volguéssim, interrompre les nostres activitats cada 30 minuts? És factible organitzar la quotidianitat tenint en compte aquestes dues premisses? Creiem que no i ens preguntem si darrera d'aquestes recomanacions hi ha ingenuïtat o ignorància sobre com els factors estructurals/ambientals condicionen la vida de les persones.

Pel que fa als objectius principals, les estratègies generades a Espanya i Catalunya fan èmfasi, sobretot, en la voluntat individual de tothom, no només de les persones grasses. És lloable que els estils de vida saludables siguin volguts per al gran públic. Però pot tothom, voluntàriament, seguir-los? I les persones que viuen saludablement «escapen» de certes malalties? A vegades i paradoxalment, la biomedicina, per emfatitzar els condicionants comportamentals o ambientals, minimitza, al menys discursivament, els factors biològics.

Figura 6. Piràmide de l'activitat física del Fòrum Clínic



Ens preguntem per què són tan genèriques aquestes accions si la prevalença de l'obesitat no ho és. També ens sorprèn que no s'hagin aplicat els consells de l'OMS de contextualitzar-les d'acord a la realitat de cada país. És més senzill promocionar l'educació nutricional que adoptar mesures que disminueixin les desigualtats socials o canviar els factors estructurals que afavoreixen certes pràctiques i consums: «la concentració d'hàbits nocius sol donar-se amb més freqüència en determinats grups socioeconòmics» (LLIBRE VERD, 2005:12). Les respostes institucionals no estan orientades a canviar les condicions de vida de les persones més desfavorides, ni els marcs laborals, ni les polítiques agroindustrials o els lobbys que hi ha darrera de l'oci passiu, sinó a (re)educar els individus: «una educació adequada dels consumidors constitueix el primer pas per a una elecció amb coneixement de causa en matèria d'alimentació» (LLIBRE VERD, 2005:8). Els esforços més notables, que no eficaços, s'estan fent en torn a l'eix dieta/exercici físic. És fàcil reglamentar sobre les propietats saludables dels aliments, les quantitats que cal menjar i les vegades que cal fer-ho al llarg del dia. O sobre quant i com ens hem de moure. Però les decisions relatives a l'alimentació i l'activitat física depenen de diferents constreyniments difícils de controlar individualment, per molta voluntat que s'hi posi.

D'altra banda, quina eficàcia estan tenint les estratègies que troben la solució a qualsevol pràctica «nociva» en crear «consumidors ben informats»? Fins a quin punt estan sent eficaços, per molt racionals que siguin? Una paradoxa és evi-

dent: l'obesitat s'ha incrementat, sorprenentment, coincidint amb el desplegament de nombroses campanyes promocionant estils de vida saludable, amb un major coneixement nutricional de la població i amb un rebuig social general del greix corporal. També sembla contradictori que la tendència a l'obesitat hagi augmentat coincidint amb la major pràctica esportiva dels catalans.

Efectivament, paral·lelament a l'augment de la prevalença entre nens i adolescents i amb aquest èmfasi per promocionar l'activitat física, s'han multiplicat els estudis fets a Espanya i Catalunya sobre les activitats quotidianes de la població. Molts treballs fan èmfasi en l'anàlisi de l'ús del temps, distingit entre activitats formatives, professionals i d'oci i en les relacions entre el tipus d'activitats realitzades i l'estat de salut. En general, cada cop posen més atenció en l'anàlisi de les activitats actives i passives.

Moscoso i Moyano (2009) confirmen que, malgrat que l'obesitat s'ha incrementat en aquestes franges d'edat, curiosament els grups d'edats que fan més activitat física regular i esports són els infants i els joves. Indiquen que les activitats passives ocupen un lloc significatiu en el seu temps de lleure. Recorden que durant molt de temps l'esport ha estat absent de les pràctiques culturals de la majoria de persones. Els «esports moderns» eren només practicats per les classes socials més afavorides. A partir de la segona meitat del xx amb la universalització de l'ensenyament públic i l'Estat del Benestar l'esport esdevé una pràctica generalitzada, i les polítiques i lleis específiques dirigides a la seva promoció suposen un punt d'inflexió a partir del qual arrela el concepte de «cultura esportiva», tant en les administracions com en la ciutadania. El procés d'esportivització de la societat espanyola no es deu exclusivament a la normalització del sistema esportiu. Les transformacions experimentades en la organització de l'Estat, el model d'economia i el paradigma cultural influeixen de manera determinant en la seva institucionalització. En el nou model d'organització del treball el temps de lleure i oci guanyen importància, i contribueixen a la difusió i normalització de l'activitat esportiva. L'Estat facilita la transmissió dels seus atributs i valors a través de diferents canals de socialització (la família, el sistema educatiu, els mitjans de comunicació...).

Paradoxalment, es posa de relleu que, si bé els canvis estructurals —socials, culturals, polítics i econòmics— pels que ha passat el país han contribuït al procés d'«esportivització» de la societat, també, han propiciat un estil de vida cada vegada més sedentari, ja que van lligats a una creixent especialització de les professions en les que ha baixat considerablement l'ús de la força física en el treball. Si a les formes de treball sedentàries s'afegeix l'increment creixent de les formes del lleure passiu, sedentari o digital, també derivades d'aquests canvis estructurals, trobem que, tot i el valor que atorga la societat espanyola a l'esport, hi ha una escassa par-

tipicació activa i una elevada actitud passiva com mostren les xifres d'audiència dels espectacles esportius.

Quin lloc té l'esport i l'activitat física en l'imaginari col·lectiu i en els hàbits i comportaments quotidians de la població? Sembla que hi ha divergència entre l'elevat valor que s'atorga a l'activitat física i l'esport i la seva escassa participació en activitats d'aquest tipus. Si les activitats de caràcter físic ocupen un lloc preferent entre les activitats d'oci, aquesta rellevància està influïda per factors culturals, sociodemogràfics i socioeconòmics. Segons l'edat, el sexe o els ingressos familiars, poden variar molt (Taula 26).

Taula 26. Esport i exercici físic entre les pràctiques d'oci i temps lliure

<i>En porcentajes de mención</i>						
<i>Categorías</i>	<i>Sexo</i>		<i>Edad</i>		<i>Ingresos</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Jóvenes</i>	<i>Mayores</i>	<i>Menos de 1.000 €</i>	<i>Más de 1.000 €</i>
Actividades de ocio de carácter social	52,9	50,6	64,6	29,6	50,3	56,2
Actividades de ocio de carácter físico	54,2	41,2	46,3	49,2	44,3	52,1
Actividades de ocio de carácter cultural	30,3	45,3	30,3	41,9	36,4	37,7
Actividades de ocio de carácter práctico	15,3	32,0	13,0	45,1	27,9	13,4

Font: *Estudio E0727 IESA-CSIC.*

La diferència entre la realització d'activitats de lleure de caràcter físic entre joves i grans no és tan significativa. Tot i que els joves fan més esport (24%, front al 7%), els majors passen més (38% front al 13%). Entre joves les activitats socials tenen més pes i el gènere reforça la diferenciació. Entre els homes, la realització d'activitats físiques figura en primer lloc, entre les dones en la tercera posició.

El nivell d'ingressos és un factor discriminant vinculat a les activitats de caire físic. Hi ha 8 punts de diferència entre els que tenen ingressos mensuals superiors a 1000€ i els que no hi arriben. Com el nivell d'instrucció es correlaciona directament amb el nivell d'ingressos, la probabilitat de realitzar un esport augmenta si simultàniament ho fa el nivell d'estudis.

Taula 27. Motivacions de la pràctica esportiva

<i>En porcentajes (multirresposta)</i>			
<i>Motivos de práctica</i>		<i>Motivos de no práctica</i>	
<i>Categorías</i>	<i>Total</i>	<i>Categorías</i>	<i>Total</i>
Motivos de carácter práctico	8,9	Razones de carácter práctico	51,5
Por diversión y pasar el tiempo	4,9	Falta de tiempo	38,1
Por encontrarse con los amigos	3,7	Por el trabajo	8,9
Porque le gusta competir	0,3	Por las cargas familiares	4,5
Motivos estructurales	6,2	Razones estructurales	7,1
Porque se adapta a sus condiciones y circunstancias	3,3	Por falta de dinero	4,7
Por obligación/trabajo/oposiciones	2,5	Por falta de instalaciones cercanas	2,4
Por la proximidad a las instalaciones	0,4		
Motivos de socialización	58,0	Razones de socialización	30,1
Porque le gusta el deporte	52,1	No le gusta o no le interesa	11,1
<i>Motivos de práctica</i>		<i>Motivos de no práctica</i>	
<i>Categorías</i>	<i>Total</i>	<i>Categorías</i>	<i>Total</i>
Por costumbre, siempre lo ha hecho	4,4	Por pereza	9,5
Por consejo médico	1,9	Por la edad	3,7
Por los familiares	1,6	Por falta de costumbre	3,5
		No le gusta salir de casa	1,8
		Falta de apoyo o estímulo	0,5
Motivos vinculados a la salud	46,8	Razones vinculadas a la salud	18,5
Por mantener y/o mejorar la salud	20,3	Por motivos de salud	18,1
Por bienestar físico y psíquico	11,7	Porque se siente con salud	0,4
Por problemas de salud	9,7		
Por mantener la línea	5,1		
Motivos de elección personal	1,6	Razones de elección personal	4,6
Por hacer ejercicio físico	1,6	Porque anda o camina	2,4
		Porque hace otras actividades	2,2

Font: Estudio E0727 IESA-CSIC.

Les raons apuntades per practicar esports són variables. Unes es relacionen amb la socialització i la salut, el 58% i el 47% respectivament. Els principals motius són: «perquè m'agrada l'esport» (52%) i «per mantenir i/o millorar la salut» (20%). Curiosament, per no fer-ne, d'esport, un 19% dels entrevistats cita també la salut. Les raons que adquireixen un major pes per no realitzar-ne tenen a veure amb la

«falta de temps», «la feina» i «les càrregues familiars» (52%). Després hi ha motius vinculats als hàbits i preferències personals: «perquè no li agrada o no l'interessa», «per peresa», «per l'edat», «per falta de costum», «perquè no li agrada sortir de casa», «per falta de recolzament o estímul» (30%). En les categories individuals, els motius de salut són el 18% i els de «falta de temps», el 38%. El pes d'uns i altres es veu alterat per les desiguals circumstàncies que caracteritzen els diferents grups d'edat. Sobretot hi ha diferències significatives entre joves i grans (Taula 27).

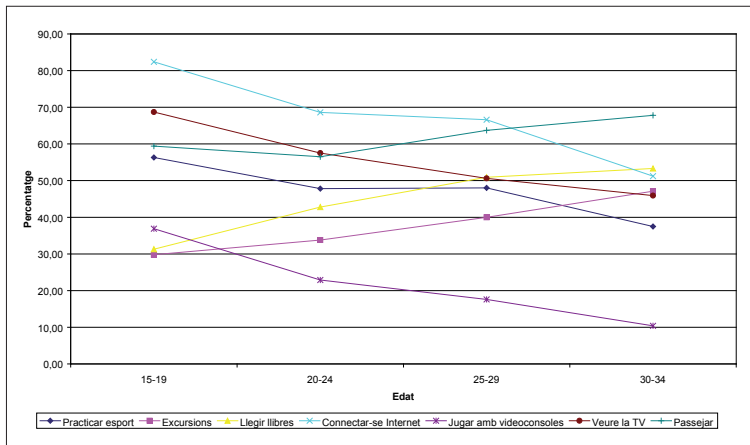
A Catalunya l'*Enquesta de Joventut* de 2007, a través d'un qüestionari directe a una mostra de la població entre 15 i 34 anys, permet conèixer algunes dades en relació al lleure i les pràctiques quotidianes. Es fa periòdicament, i aquesta és la cinquena edició, després de les enquestes de 1985, 1990, 1998 i 2002. Segons la de 2002, connectar-se a Internet ja era una activitat predominant en joves de 15 a 19 anys (Taula 28 i figura 7). A mesura que augmenta l'edat disminueix la connexió a Internet, contràriament que llegir llibres, una altra activitat d'oci passiu que augmenta a mesura que s'incrementa l'edat. La pràctica esportiva també és més freqüent en edats més joves. Realitzar excursions augmenta a mesura que ascendeix l'edat, i el mateix succeeix amb el passeig. Els joves de més edat passen amb més freqüència que els adolescents.

Taula 28. Comparativa de les diferents activitats de lleure per franges d'edat

	15-19	20-24	25-29	30-34
Connectar-se a Internet	82,4%	-	-	51,2%
Llegir llibres	31,3%	-	-	51,3%
Practicar esport	56,3%	47,8%	48%	37,5%
Anar d'excursió	29,8%	33,8%	40%	47,1%
Passejar	59,4%	56,5%	63,7%	67,8%

Font: Enquesta de Joventut 2002

Figura 7. Activitats d'oci 2002



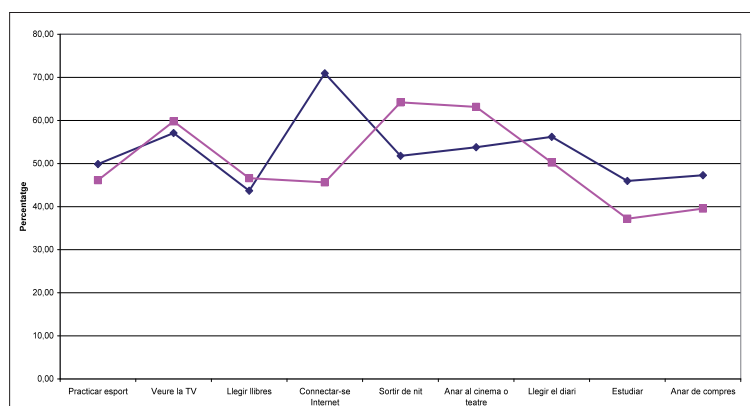
Per la seva banda, l'enquesta de 2007, tot i que no té l'objectiu d'avaluar els usos del temps ni les pràctiques esportives, hi ha un apartat sobre l'oci i les pràctiques de risc. En aquest punt, les diverses categories de resposta són: quedar-se amb amics, connectar-se a Internet (per motius d'oci), passejar, llegir el diari, veure la televisió, enviar SMS per mòbil, anar de compres, llegir llibres (no d'estudis), estar amb amics al carrer o a la plaça, practicar esport, sortir de nit, anar al cinema, fer excursions (al camp o a la muntanya), estudiar, viatjar fora de Catalunya, jugar amb consoles de joc, jocs d'ordinador, anar al teatre, assistir a actes polítics, assistir a actes religiosos.

Ja que l'enquesta de 2002 contemplava ítems semblants, és possible alguna comparació (Taula 29 i figura 8). El 2002 les activitats més freqüents eren quedar amb amics (86,77%), sortir de nit (64,20%) i anar al cinema o al teatre (63,14%). El 2007 la primera activitat continua sent la mateixa (83,63%), però la segona és connectar-se a Internet (70,95%) i la tercera passejar (60,40%). En només cinc anys els joves catalans prefereixen menys sortir de nit o anar al cine que passejar. En relació a les activitats físiques, el 2002 el 46,14% dels joves catalans practicava esport en el seu temps lliure, mentre que el 2007 aquesta activitat puja al 49,87%. El 2002, el percentatge de joves que preferien passejar és pràcticament el mateix que l'any 2007, amb el 60,40%. Conseqüentment amb aquests resultats, podem afirmar que avui els joves fan més activitat física que fa cinc anys.

Taula 29: Comparativa de les diferents activitats de lleure dels joves dels anys 02-07

	2002		2007	
Quedar amb els amics	86,77%		83,63%	
Diferents	Sortir de nit	64,2%	Internet	70,95%
Diferents	Cinema o teatre	63,14%	Passejar	60,4%
Practicar esports	46,14%		49,87%	
Passejar	59,51%		60,4%	

Figura 8. Activitats en el temps d'oci



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Joventut 2002 i 2007.

Vistes les mesures preses i les tendències relatives a l'activitat física, cal reflexionar sobre les paradoxes que hem plantejat i esbrinar si les accions que hom duu a terme, siguin en promoció de la dieta òptima o de l'activitat física, són útils tal i com són concebudes i aplicades. De moment, no hi ha dades sobre els seus efectes en la salut i les autoritats sanitàries adverteixen que tampoc podran ser avaluades a curt termini.⁴⁸ Encara que acceptem la ràpida progressió de l'obesitat i la causalitat cultural com el seu principal factor explicatiu, s'ha de reconèixer que les accions posades en marxa, fins el moment, s'han mostrat ineficaces. Potser l'ús d'excessives suposicions. Abans de pretendre modificar l'alimentació, hem de saber més en relació a les causes i conseqüències dels modes de vida canviants en les maneres de menjar, i d'aquestes en la salut dels diferents grups socials. Les

⁴⁸ L'Agència Espanyola de Seguritat Alimentària i Nutrició assenyalava que, en relació amb l'obesitat infantil, els resultats de l'estratègia NAOS no es podran conèixer abans de deu anys.

pràctiques, no només en aparença, que siguin nocives per a la salut s'han de prendre també com a aspectes de la vida cultural i condicionades per factors socioculturals. Per això és imprescindible treballar amb una concepció menys limitada de la cultura i l'alimentació.

Les autoritats sanitàries espanyoles i catalanes han declarat la guerra a l'obesitat advertint a tothom que sobrepassar el pes normal ens converteix en futurs candidats de la hipertensió, la diabetis o l'infart. Hem vist com es promocionen accions contra el pes excessiu o les dietes miracle, es creen webs per a difondre informació sobre les nefastes conseqüències de seguir règims poc rigorosos, s'ofereixen consells sobre la forma saludable de perdre pes i s'invita a les indústries a reduir els greixos i sucres dels seus productes. És així com els missatges anti-obesitat inunden els mitjans de comunicació, les consultes mèdiques, les escoles, les oficines. Tanmateix, cal preguntar-se si aquesta extraordinària problematització del pes i el menjar està contribuint a frenar l'obesitat o, ans el contrari, animant-la, fent de la dieta, no una acció, sinó un estat. Posar-se a dieta ha estat i segueix sent recomanat sistemàticament per molts clínics al marge, fins i tot, que s'hagi pogut demostrar que el *dieting* és la base de no poques obesitats.

Si bé la medicina assenyala nombroses causes relacionades amb l'acumulació excessiva de grasses, les persones grasses són vistes com a «grans» menjadors, és a dir, com a persones que es sobrealimenten. Aquesta concepció està lligada, en part, a la interpretació moral que la ciència ha fet de les denominades *societats de l'abundància*. I coincideix, curiosament, amb l'únic període de la història de la humanitat en el qual la profusió alimentària s'ha fet possible en determinats contextos. La greixor no és més que una espècie de «tara» que acompanya el procés civilitzador.

La «demonització» a què avui se sotmeten el greix i els grassos és compartida per la majoria dels joves. La mirada reprovatòria —mèdica però també social— que recau sobre els obesos per estar —i per romandre— grassos acaba sent acceptada pels pacients com una conseqüència del seu comportament inadequat i això els fa sentir més culpables. Els joves, com veurem a continuació, gairebé no es veuen alleujats pel fet que l'obesitat s'hagi convertit en una malaltia. No és un mitjà per a la seva exculpació perquè tampoc els professionals consideren que les persones amb sobrepès siguin simples víctimes d'una societat consumista i permissiva. Al contrari, l'èmfasi mèdic posat en que l'origen de la malaltia i la seva curació depèn de la capacitat de normativitzar el comportament alimentari constitueix l'argument més utilitzat pels joves per inculpar-se per estar grassos. Aquest reconeixement de la transgressió forma part de l'estigmatització. La culpa és un sentiment recurrent perquè, d'alguna manera, es veuen com «pecadors» incapaços d'evitar la temptació de menjar.

Segona part
Ser gras o sentir-se gras:
formes de discriminació i resistència

Les dades etnogràfiques evidencien que la mirada intransigent vers l'obesitat esdevé una reprovació de tot l'entramat social. Els obesos s'allunyen del cos desitjable, encarnació de constrenyiments socials i morals que fan a cadascú responsable del seu pes. En la construcció de l'estar prim com a ideal corporal influeix tant el discurs biomèdic quan l'associa amb salut com els missatges de la moda, la cosmètica o el *bodybuilding* que la converteixen en sinònim de bellesa. Tot plegat, els cossos esdevenen objectius diana sobre els que s'incentiva l'individualisme i l'autoresponsabilitat. Entre els joves, les avaluacions negatives d'estar gras i de l'aparença física no estàndard es projecten, per inferència, als patrons típics de conducta correlacionats amb atributs morals, com ara el descontrol, la indisciplina, l'anòmia o la irracionalitat. Aquest rebuig generalitzat influeix, també, en les concepcions i pràctiques biomèdiques, doncs no són alienes, i depenen dels contextos socioculturals en què es donen, i són el fruit de transaccions. Els pacients obesos es senten culpables del seu estat perquè no són exonerats pels metges de la seva responsabilitat. El resultat és semblant al que es produeix en altres col·lectius estigmatitzats: els grassos acaben sent discriminats pels seus atributs físics i comportamentals amb efectes específics en les seves relacions personals i en la seva vida quotidiana. Si la *lipofòbia* és la por o el rebuig sistemàtic als greixos o a engreixar-se, el *lipofobisme* sorgeix del tracte discriminatori que les persones reben per la seva condició de grasses.

Experiències i representacions al voltant de la grassor

El cos pot ser contemplat com un projecte individual i social, un ens en procés de construcció, amb mides i formes més o menys properes o allunyades d'allò que s'entén socialment com a *cos desitjable*. El cos no és estàtic, pot ser modelat i reflecteix els canvis produïts per la vida (la professió, la dieta, l'exercici, els cosmètics o la cirurgia). El cos conté una càrrega semiòtica que es llegeix i interpreten els altres. En aquest capítol fem un recorregut a través dels diferents significats que pren el cos en la nostra cultura, la importància de l'aparença física per als joves i les dificultats físiques i socials viscudes per tenir un pes allunyat dels estàndards. Veurem com estar gras esdevé una «barrera» en les relacions interpersonals, una porta d'accés a l'estigmatització i als tractes discriminatoris, esdevenint una font d'insatisfacció i aïllament.

Cossos, talles i espais

El llenguatge mai és neutral. Al parlar d'obesitat no podem obviar els termes utilitzats per definir-la i anomenar les persones obeses. Allué (2003: 29) remarca la transcendència de fer servir unes paraules i no altres en relació a la discapacitat i diferència. Els adjectius *obès-obesa* o *gordo-gorda* no són neutrals i tenen connotacions negatives, sovint en els límits de l'insult i de manera tal que un atribut ('gordo', gras, obès) pren volada fins eclipsar la resta dels de la persona: són sinècdokes quotidianes. La Charo⁴⁹ parla de les *coses* que li diuen «no sé, te llaman gordo, o...». A l'adolescent li costa, com als seus parells, explicar uns insults que poden acceptar els més grans. *Gras-grassa* o *gordo-gorda* s'afegeixen a *vaca*, *foca*, *balena*, *Moby Dick*, *Bomba H*, sentits a la infantesa i la adolescència, on sembla, que no tan sols el cos obès, sinó qualsevol forma de diferència, resta penalitzada.⁵⁰ Assenyalada la negativitat, apareixen als discursos dels joves entrevistats eufemismes («reforçadet-a», «fort-a», «ple-na», «grassonet-a», «fuertote-ota», «consistent», «aquest handicap», «constitució forta», «estar enorme», «estar amb sobrepès»...) emprats per suavitzar el llenguatge i que confirmen aquesta negativitat. Diu la Irene: «...tinc trenta cinc anys i fa quasi vint anys que estic doble, obesa, gorda, com vulguis dir-ho, gorda! És dur, molt dur, a mi més igual que tinguis trenta com quaranta com cinquanta, si estàs gorda estàs gorda» replica ella. Com la Cèlia (28 anys): [Entrevistador: I estan grasses?] «no, no ya puedes decir

49 Charo (15 anys).

50 Cramer i Steinwer (1998) van concloure que a partir dels 3 anys els nens mostren conductes de rebuig enfront individus amb sobrepès, ja siguin adults o altres nens.

la paraula: gorda». En reflexionar sobre el llenguatge i rebutjar els eufemismes o els termes endolcidors, admet la negativitat i dóna pistes sobre la major o menor acceptació del propi cos.

Els éssers humans *no poden no comunicar* (WATZLAWICK, 1994) i, malgrat que no hi hagi intenció d'expressar o manifestar res, ho fan amb la paraula o amb el llenguatge no verbal, amb el cos i amb els seus moviments, amb postures o amb activitats per sobreviure com menjar o vestir-se. La «democratització» del menjar o del vestir-se són fenòmens relativament recents. En el vestit, l'ornamentació no és funcional sinó simbòlica i es relaciona amb l'expressió de pudor, la protecció i amb identitat. Barthes (2003), a redós de l'expansió del *prêt-à-porter* als anys seixanta del segle xx, destacava la transcendència de la moda que per primera vegada podia ser adoptada per quasi totes les classes socials, quaranta anys abans d'aquest fenomen global (Zara, H&M, Mango...) que avui condicionen els desitjos dels d'infants i dels adolescents. La globalització de la moda i l'abaratiment extraordinari del *prêt-à-porter* associat a la pitjor qualitat de la manufactura de teixits i confecció, posa a disposició dels joves de qualsevol edat tres o quatre cicles anuals de vendes indispensables per a una producció que no pot deturar-se. La generalització del vestir com a instrument de producció d'identitats múltiples ha tingut un efecte col·lateral, no estem segurs si imprevisible: la moda, i no només el discurs antropomètric, contribueix a establir els límits dels cossos i també a acotar quin és el *cos desitjable*. La moda determina *qui pot posar-se què*, i esdevé una font de joia o de frustració. La roba és la bàscula dels volums. El desig d'entrar en una talla esdevé una motivació per aprimar-se. La Sílvia, filla d'una botiguera de roba, als seus quinze anys està «...contenta quan m'aprimo, em sento a gust. Xalo més al vestir-me..., és que és tot».

La preocupació pel tallat de la roba és un fet generalitzat entre les dones. Un estudi va servir al Ministerio de Sanidad espanyol afirmar que el 40% de les dones no troba roba que s'adapti al seu cos. Qualsevol observador amb certa distància crítica se n'adona que la premissa és falsa. Tothom troba roba per vestir-se, una altra cosa és que hom trobi el que li agradaria posar-se. Fa poques dècades, les dones que cosien arreglaven la roba i l'ajustaven als cossos. Avui és el contrari: cal *embotir* cossos en mides estàndard que determina la indústria. En roba de baixa qualitat que costa sovint menys de 30€ no surt a compte —i sovint és impossible pel patronatge—, «arreglar-la.»⁵¹ El Ministerio de Sanidad, el 2007 va impulsar un estudi antropomètric amb una mostra de 10.500 dones entre 18 i 70 anys, i un pressupost que voltava el milió d'euros, per intentar revisar el patronatge, d'acord

51 En canvi és un fet sistemàtic en la sastreria masculina, on vores de pantalons, cintures i camals han de ser sotmesos a ajust.

amb la normativa europea de 2004. Creïen que el patronatge de 1975 ja no servia per al perfil corporal de les dones actuals. El nou estudi va determinar tres morfotips corporals: *diàbolo* (39%), cilindre (36%) i *campana* (25%) que corresponen als clàssics d'atlètica, astènica i pícnica. El problema és que el model més publicitat internacionalment —estem en el marc d'una indústria global— s'acosta a una *diàbolo* lleugera i estilitzada, que no respon a la realitat. Als aparadors no hi ha 'maniquins campana' ni 'maniquins cilindre': «los maniquies de las tiendas sí que me da rabia verlos... siempre los ves delgados... no hay maniquies como yo (con mi cuerpo)... aunque a mí ni me va ni me viene... no me gustaría ni estar como el maniquí ni como estoy ahora...».⁵² Nois i noies, homes i dones continuen a dia d'avui intentant embotir el seu cos en fibres i lycres. Hi ha, però, actituds diferents i nombrosos joves —entre els quals no pocs universitaris— no estan frustrats ni juguen al joc de talles i modes i són capaços d'exercicis interessants de construcció de la identitat ornamental amb roba vella, ampla o trencada. Tanmateix, per a molts joves el tallat canònic, amb roba que té poc a veure amb els cossos reals, pot esdevenir una font de descontent si manca capacitat d'ironia i distància crítica per acceptar el seu cos i construir la seva identitat a partir d'alternatives. A tot això s'afegeixen les dificultats de trobar talles grans, reservades a botigues especialitzades i pensades sobre tot per a «senyores d'edat». Cal afegir que la secció de talles grans, present a H&M, està sovint associada a la roba per a embarassada. A fi de comptes per trobar talles grans, «acabes anant a llocs on no et veu ningú, diu la Yvonne⁵³ —i el primer que veus... i si veus que t'entra, endavant! Ja no mires si és maco, ni lleig, ni res, sols que t'entri!». A banda de les dificultats i el preu, és «dos o tres veces más cara», comprar roba *diferent* és una experiència *non grata*, sobretot per a les joves grasses, que enyoren la possibilitat d'anar a les botigues normals acompanyades de les seves amigues, disposar del ventall del que disposen els cossos normatius, i no haver d'amagar on es vesteixen. Hi ha una doble visibilització de la diferència als joves obesos respecte a la roba: és molt més gran i sovint no és moda, un fet força important per a un adolescent. «Ràbia, ràbia de mi mateixa, és... és... el terme correcte és sempre ràbia, i mala hòstia, anar a comprar roba... de fet jo sempre m'ha agradat comprar roba i des que m'he engreixat que gairebé que no vaig a comprar roba. Doncs sí, em costa trobar roba, perquè tota la roba que és de la meva talla és de marujas, la roba que m'agrada val moltíssims diners i llavors ja arriba un moment que dius ja no vaig, ja no vaig.»⁵⁴ La xxxxx afegeix: «Claro!! A partir de la 44 cap a dalt és: una cintura que te pot anar bé de cintura,

52 Carles (15 anys).

53 Yvonne (33 anys).

54 Yvonne (33 anys).

però ja és “tallo alto”. I dius “vale, jo els tejanos, pel sobaco no els porto”!!! O sigui, jo vull uns tejanos normals, saps? De tallo bajo. No és que no estan posats a la moda, simplement que esta roba te fa sentir gordo. La forma que té la roba és la forma de... Sí!!! És com un sac, la roba!! És del palo “pa que quepa ho faig gran”... No?!!!! “pa que quepa faig la peça de roba gran” No!!!!? O sea, la gent que està més gorda, també tenim una forma, i a tothom li agrada que la roba li pari bé al cos!!! No me jodas!! Uns pantalons que dius!!! Vale!! Jo hauré trobat tejanos pitillos, vale? N’hauré trobat 3!!! Des de que es porten els pitillos hasta ara n’hauré trobat 3!!! Que te’ls fiques i dius “ah!! Gràcies Déu meu!!!”, de talle bajo... saps? Que no m’arribin hasta el rizillo... Jo no me compro tejanos, de vegades, perquè són horribles!! La forma que tenen!!! I és com a... en la cuixa, que dius vale... són de tiro alt! I ja la bragueta és súper llarga!! I això ja queda feíssim!! I, de la cama, de la cuixa se t’acoplen bastant bé i dius “vale”, però del genolla en avall són rectes hasta abaix!!! I és com ficar-te uns tejanos d’aquells que venien als mercadillos, com los que porten los papis, que dius... no!!! no!! O sea, jo puc ser gorda!!! Però també soc femenina!! No fa falta que dugui uns tejanos com del mercat, vale? Saps què vull dir? Que moltes vegades és lo que et dic, tu te trobes certa roba i t’agrada!! I dius “ostia mira! Estos pantalons, esta falda! Éste jersei m’agrada!! Però després te fiques roba que a lo millor és de la mateixa talla i que pel simple patró de com està fet... te veus i dius “por Dios!!! Si soc un tonel amb potes”!!!! Saps?? En serio!! Aparenta... és que ... La forma de la roba... si tu et poses uns tejanos que et baixen igual d’aquí hasta al tobillo, en esta mateixa amplada, tu et veus molt més gran. Ja et dic, les talles grans tenen esta forma.»⁵⁵ La discriminació implícita i la tensió se’n deriva: «...Vas a una botiga de roba i només et diu», explica la Irene:⁵⁶ «—Talla per a tu no en tinc, no tinc roba per a tu. —És que jo no t’he dit que vingui a buscar talla per a mi, jo estic mirant roba.» «Hi ha tres botigues d’aquí Tortosa que jo no entraré mai, en una botiga em van tractar molt malament, però va venir de seguida una altra dependenta que ho va veure i es va portar molt bé. Ells no poden saber per a qui vens, és molt dur... sí, anar a comprar roba, horrible».⁵⁷ No poder *anar a la moda*, com diuen les més joves, pot ser raó *de no sortir amb les amigues*.

La roba, el maquillatge i altres elements ornamentals han estat sempre instruments per transformar la imatge. Cotilles, crinolines, faixes, *bodies*, *tops* i roba interior han estat eines de modelatge o ‘maquillatge’ corporal i de la imatge personal. Ara, per primera vegada a la història, la roba també opera com a bàscula de

55 Montse (23 anys).

56 Irene (35 anys).

57 Barthes (2003: 291) relaciona la roba i la moda amb la possibilitat d’un somni d’identitat i al joc de ser ‘un altre’: possibilitats limitades per als joves obesos.

volums, tot destriant el gra de la palla, allò normatiu de la desviació, a dins d'un petit emprovarador en totes les capes socials. Però la roba no és un element aïllat: hi ha elements de l'espai públic que també contribueixen a visibilitzar els cossos no normatius. Igual que la vida quotidiana visibilitza els esquerrans, els seients normals dels autobusos, taxis o avions posen en evidència la persona obesa. La majoria no troben seients a la seva mida i això esdevé un greuge en fer visible la diferència.

Recuerdo —diu la Carla— el viaje que hice a Turquía hace dos o tres años. El viaje de ida no tuve ningún problema, pero en el de vuelta, recuerdo que el asiento que me tocó estaba justo delante de la salida de emergencia... Y en eso que vino una azafata con muy mala... muy mala uva por no decirlo de... Con muy mala uva, me hizo así... como no sabía hablar español me hizo así con (hace un gesto con los brazos) así, como diciendo:

— ¿Levántate, levántate!

— ¿Yo? —

—¿Qué pasa? Qué hace estos aspavientos, ¿Qué pasa?— Y claro como hablaba inglés, había un pasajero que sabía inglés perfectamente, y yo me lo quedé mirando, digo:

—Pero ¿qué pasa, qué me está diciendo? ¿Qué es lo que pasa?— Porque claro yo no la entendía. Dice:

—No sé si decírtelo—, eso el pasajero.

—¿No sé si decírtelo!— El pobre hombre sólo de oírlo se estaba poniendo rojo, blanco, de todos los colores. O sea, que sentía hasta vergüenza ajena, el pobre hombre. Le digo:

—No, dímelo, porque necesito saberlo.

Dice:

—Es que dice que como estás... como tú estás muy gorda, dice, si al avión le ocurre algo, no vaya a ser que tú al salir taponas la salida de emergencia».

Digo:

—¿Eso ha dicho?

Dice:

—Sí, pero yo que vosotros, ya sé que vosotros tenéis la razón, pero yo que vosotros me cambiaría al asiento de atrás por no liarla, porque encima tenéis las de perder.

Reaccions com aquesta han estat l'espurna de l'activisme dels obesos. Goffman (1970: 28) emfatitza la tendència a la tensió, a les males interpretacions

i les dificultats en les relacions entre els individus estigmatitzats i els altres. Els relats de la Carla o de la Irene reflecteixen situacions freqüents, gens excepcionals.⁵⁸ No viatjar, no sortir o no anar a comprar roba són conductes d'evitació.

En un altre viatge estava l'avió també una mica buit i ens van ficar en un seient de dos i, clar, era més «agobiant», el meu home no és gordo però té una mica de panxa, i clar, vulguis o no vulguis, entre l'un i l'altre ens molestem mútuament. A mi em van tenir que donar un altre cinturó que tenen perquè me'l pogués cordar. I jo li vaig dir al meu home:

—Fins que no m'aprimi no penso tornar a anar en avió, no per res, però et sap mal perquè et miren amb una cara com volent dir:

—Mira la gorda aquella!—, et sents mal, potser no ho pensen, però tu...⁵⁹

L'obesitat té a veure amb la salut, la cultura i la societat. Com el llenguatge, les talles de roba o els seients, els miralls i les fotografies classifiquen els cossos. Els miralls donen una informació en temps reals, i les fotografies del passat. Alguns joves recorden l'impacte produït per la visió del seu cos: «hasta que un día me vi en comparación en una foto, entonces vi, que yo... yo me vi y la verdad es que... cuando me vi en comparación con... pues entonces fue cuando noté que... bueno... que tenía que tomar medidas.»⁶⁰. I l'Ariadna⁶¹ afegeix que «em miro quan estic davant el mirall... però jo amb mi mateixa, jo estic bé... és que abans pesava 105, 106 kg i jo em veia bé, després em veia a la foto i deia... ul-laaa !! Aquesta sóc jo! Però jo em veia molt bé i estava molt còmoda amb mi. Sí perquè jo quan feia exposicions a la universitat jo estava súper bé i les meves companyes, perquè ara és molt divertit passar les fotos d'abans i d'ara i és una burrada la diferència, i és que el meu cap, i és que vaig veure una foto, de quan estava treballant o de les primeres exposicions a la universitat, que és quan pesava 100 i pico kgs, i veus...». Abans que els problemes de salut, menors en els joves que en els obesos adults, solen ser elements externs, socials i culturals (mirades, actituds, roba, seients, fotos o miralls), els que parlen a la persona del seu cos gras i diferent i els que enceten els processos de discriminació.

Els nostres interlocutors relacionen els cossos grassos i prims amb la salut i l'estètica. Però, és quan es fan més grans que relacionen més sovint l'excés de pes amb la salut. No significa, però, que oblidin l'estètica, molt més crucial entre adolescents, que ni tan sols consideren l'obesitat com un problema de salut. Per

58 Un bon ventall d'anècdotes relatives a cossos diferents, essencialment discapacitats està a ALLUÉ (2003), amb un especial èmfasi amb els problemes de l'espai públic.

59 Irene (35 anys).

60 Mireia (26 anys).

61 Ariadna (21 anys).

a la majoria, un cos obès difícilment pot ser maco, però tampoc els cossos massa prim. Solen distingir entre estar o ser *una mica gras*, o qualsevol dels eufemismes, i *molt gras*. Els massa obesos o prims, s'allunyen de la bellesa. Sura en aquests imaginaris estètics la coerció silent dels processos normalitzadors que aboquen a idees d'equilibri, prudència i evitar excessos.

Allà on l'objectiu central és aprimar-se hi ha relats plens d'alegries i decepcions, de triomfs i derrotes, d'anades i tornades de cossos més grassos a més prims, en un terrabastall emocional guiat per la fita d'aconseguir la mida desitjada, «m'agradaria anar-me'n a dormir i demà aixecar-me prima. Però és clar, com m'haig d'aprimar tant, doncs no ho faig ni en un mes, ni amb sis, ni amb un any, és clar, és tant de temps que al final, com veig que sempre hauré d'estar fent règim, doncs em desanimo i em canso.»⁶² La fantasia parla de la incomoditat amb el cos, del desencant davant el «miracle», d'esdevenir prim, que mai es compleix.

Les parts del cos més valorades han estat els cabells, ulls, mans i cara. Parlem d'adolescents que responen a entrevistadors adults amb prudència, sovint amb vergonya, sobre el seu propi cos: resta el dubte respecte als atributs sexuals. Crida l'atenció que són parts del cos menys sotmeses a les variacions de pes i volum. Els educadors remarquen la preocupació i cura que els seus alumnes —sobretot les noies— tenen pels cabells. En Jordi⁶³ valora els seus braços «perquè estan musculars», perquè és quelcom del seu cos que defuig la diferència i s'apropa al model ideal. En els nois més joves hi ha menys introspecció i consciència respecte al cos que en les noies de la mateixa edat i que en els joves més grans i els adults en general. Per contra, les parts menys valorades són la panxa, l'estómac, les cames i el cul. A l'Ariadna⁶⁴ no li agrada el cap, que creu massa gran. O en Julio,⁶⁵ que està disconforme amb els seus «mofletes». Per norma, les noies estan més preocupades pel cos i per la roba, indestriables en la construcció de «la imatge». En general, les parts del cos més valorades han estat respostes a preguntes, mentre que les parts menys valorades han sorgit de forma espontània al mig dels discursos.

Quan el cos obès s'interioritza com negatiu o poc distingit, s'observa una valoració d'altres atributs, corporals i no corporals. El noi valora *ser alt*, *tenir una esquena ampla* o *ser fort*. Molts joves relaten la dualitat *dins-fora* en les persones: lamenten que el cos, *allò de fora*, tingui tanta importància en relació a *allò de dins* com el caràcter, la personalitat i els valors socials. Consideren injust ser jutjats només per allò extern, pel cos, tot i que admeten, majoritàriament, que la

62 Mònica (16 anys).

63 Jordi (16 anys).

64 Ariadna (21 anys).

65 Julio (18 anys).

primera impressió de les persones prové de l'aparença física. El cos esdevé per als joves grassos la porta als processos d'estigmatització. Tanmateix, els atributs positius de personalitat, caràcter, valors i creences, apareixen sovint com un ajut que compensa les dificultats en les relacions socials i afectives. Molts joves obesos es consideren alegres i de bon caràcter, amb habilitats socials que els han aplanat el camí o que han minimitzat les dificultats creades pel seu cos. «Jo casualment, jo no sé si és per la imatge que dono —diu la Yvonne—, o no sé si és una miqueta per aquest handicap, però sempre crido l'atenció al client, o l'atenció a l'alumne, sempre he estat un punt de referència de tracte humà. No sé si perquè dono sensació d'amabilitat, o de simpatia però veure's obligat a ser més fort, això sí. A ser més fort emocionalment sí, a ser molt més fort. I coses que la majoria de gent ni es planteja, tu t'ho plantes, la majoria ni s'ho plantegen i tu estàs allà amb el tema...—» Ens parla de que les seves habilitats socials l'han ajudada a compensar el handicap de l'obesitat en el treball i ens explica com el cos obès ha contribuït a fornir-l'hi certa fortalesa emocional. El binomi obès-simpàtic⁶⁶ fins i tot sembla inseparable, i la Mònica es queixa:⁶⁷ «tens por que et jutgin només pel fet d'estar gorda. Sí. O hi ha gent que dóna per suposat que els gordos són simpàtics. La Cèlia⁶⁸ admet que: «tenía amigas, porque cuando no tienes físico, desarrollas ese carácter, la manera de ser, ¿vale? Por alguna cosa tienes que intentar llamar la atención. Es decir, si yo físicamente no entraba, pues lo que sí que tenía que desarrollar era el carácter que intentaba ser más simpática, más agradable, y siempre he sido la típica amiga gordita simpática, es la etiqueta que siempre tienes, siempre la típica amiga, nunca nada más, ¿Vale? A ver, yo era la que, en la juventud ya, la que a lo mejor a una amiga le gustaba un chico y yo no tenía vergüenza, yo hablaba con ellos sin ningún problema, cuando ellas se morían de vergüenza, pero claro es que ellas tienen cuerpo. Muchas veces nos llegaron a decir que tendríamos que estar fusionadas, mi carácter con su cuerpo. Pues (con los chicos lo he sabido todo), pues desarrollas lo que sea, el carácter, intentas hacer que no te importe...» Sobta que qualifiqui el seu cos com «no cos», invisible, quan la visibilitat és un dels trets característics. Sent que esdevé invisible en les relacions amb els nois. Tanmateix, quan es parla del *bon caràcter* roman una queixa en les dones, «todo el mundo queremos lo que no tenemos, y yo siempre he sido ¡Qué buena amiga eres, qué agradable, qué maja, qué simpática! Pero nunca ha sido... ¡Qué guapa! o ¡Qué ojos más bonitos! Y quiero saber lo que siente uno desde el otro lado».⁶⁹

66 Vg Fischler (1995) i Kretschmer (1947) fa la mateixa correlació.

67 Mònica (16 anys).

68 Cèlia (28 anys).

69 Cèlia (28 anys).

L'etapa de la vida on el cos i la imatge són més importants és l'adolescència. Tibère (2007) diu que mentre els adults ja han fet bona part de la seva trajectòria social, l'obesitat és més greu en temps escolar, ja que pot ser un handicap social i poden encetar-se processos de depreciació personal fins al punt de considerar legítima la discriminació soferta. En l'adolescència es comença a tenir més auto-percepció del cos, s'estableixen fortes relacions d'amistat i s'enceten les primeres relacions de parella. Nois i noies es presenten al món mitjançant un o altre cos, veuen l'adolescent que són i el nen que han estat, receptius i vulnerables davant les crítiques dels iguals. Malgrat que la majoria recorden insults en la infància, sovint els relacionen amb la crueltat pròpia dels nens petits davant qualsevol diferència. I és a l'adolescència quan més mal fan les mirades i paraules discriminatòries.

En el passat el cos no tenia la rellevància social ni la visibilitat d'avui (ESTEBAN, 2004: 67-70), no hi havia culte a la joventut, preocupació per l'aspecte físic ni sobrevaloració del cos per part dels adolescents (TORO, 1996: 147-160). Contreras (2002: 238) parla de la idealització del cos jove, bell i sa, i el relaciona amb el paper de la biomedicina com alternativa a l'Església en el lideratge del control social. El bé es relaciona amb la salut i amb un cos perfecte, el mal amb la malaltia i l'obesitat. La por a la mort ha estat substituïda per una preocupació obsessiva per la salut. Una paradoxa, perquè mai havíem viscut sans durant tant de temps.

La societat, la televisió, la publicitat, la roba, les talles, el 90-60-90, les marques, els i les models, esportistes i artistes, serien els punts de partida d'un canó estètic que opera com a model social. El llistó és tan alt que la Irene⁷⁰ es queixa amb vehemència «és que és normal, és que és normal! Ara estan fent la publicitat d'aquelles noies que van per la platja, la Kellogg's em sembla, i dius... què tenen que reduir aquestes noies? Només treuen gent prima, i tu encara et sents més gorda». El seu plany és la punta de l'*iceberg* d'un malestar social que es reflecteix en els joves obesos i també en els no obesos. La conformitat amb el cos és complicada. Hi ha més referències negatives a la 'noia Kellogg's', que representa el model actual de dona, un insult a la intel·ligència de l'espectador i una fita irreal. Elsa Pataki, Rihanna, Esther Cañadas, Kate Winslet, Scarlett Johansson Angelina Jolie, 'el Duke', Kate Moss, Gisele Bündchen, 'l'actor del *Internado*', Johnny Deep, Evangeline Lilly, el Doctor Shepard o Sawyer a *Lost* han estat els actors, actrius i artistes assenyalats pels nostres joves com a referents de bellesa. La Carla⁷¹ es queixa que tot això «lo veo muy... muy superficial. No me gusta fijarme en el físico de las personas, lo veo muy superficial. Al fin y al cabo, lo que envejece es el cuerpo, la esencia, la de verdad es siempre la misma. O sea que no... a mí lo que no me gusta es eso,

70 Irene (35 anys).

71 Carla (35 anys).

fijarme en lo físico. Cada uno es como es. Y si tú estás bien, eso lo exteriorizas, tanto si estás bien, como si estás mal, lo exteriorizas. Y de ahí estriba si se te acerca la gente o se te aleja.» El seu lament és comú en la majoria dels nois i noies de més edat. Tanmateix, aquesta certesa que el més important és 'una altra cosa' no els serveix per deslliurar-se de la pressió que comporta saber-se posseïdors d'un cos diferent. Fins i tot un parell de testimonis, assumint l'alt risc de la cirurgia, prefereixen morir al quiròfan abans que seguir amb les dificultats físiques i socials relacionades amb el seu cos. «Ho tenia claríssim, però claríssim, si alguna cosa tenia clara en aquells moments era que ja no volia estar així (...) Preferia morir-me (...) Li vaig dir al meu home: —Ho tinc claríssim, prefereixo morir-me, (...) dins el quiròfan que no pas continuar una vida així».⁷² És una afirmació que esgarrafa. Menéndez (1987: 24) s'hi aproxima quan escriu: «no es lo mismo seguir viviendo que seguir durando».

La coerció silent d'uns determinats criteris estètics no exclou excepcions. La Mireia,⁷³ per exemple, posa al davant el plaer de menjar a l'estètica «sí, porque, o sea, y sé que va a ser así, porqué, porque, para mí el físico no es algo tan importante, o sea, me encanta comer, o sea yo disfruto muchísimo comiendo, y no estoy dispuesta a que por un tema estético reprimirme en según qué...», que la Cèlia⁷⁴ «ni lo entiendo, ni lo entenderé en la vida por qué es tan importante el cuerpo... en el fondo es un envoltorio que con el tiempo se puede deteriorar, no?» En contra d'aquesta afirmació, d'aquesta rebel·lia, les indústries vetllen perquè el cos no es deteriori: estar gras, envellir... qualsevol imperfecció pot ser l'objectiu dels negocis que ofereixen el mite de la perfecció.

En general, els homes accepten millor el cos obès que les dones. Algunes noies joves també es conformen i fins i tot reivindiquen el seu, com la Mireia⁷⁵ que «no, no, no al revés, yo me miro y me veo preciosa, o sea es decir y me encanta, me encanta la gente gordita, no me gusta para nada la gente delgada, al revés pienso que es algo antiestético, yo me veo bien, o sea, para nada». El seu rebuig pel massa sec sovinteja. Hom rebutja l'obesitat i els extrems.

Entre els nois joves de menys edat es fa palesa una certa indiferència i manca de consciència respecte al cos. En Julià,⁷⁶ qui s'ha aprimat força darrerament, seria una excepció: «psicològicament bé però llavors estava una mica acomplexat. Saps, no m'agradava estar com estava. Sí... en un moment quan ets conscient de

72 Laura (34 anys).

73 Mireia (26 anys).

74 Cèlia (28 anys).

75 Mireia (26 anys).

76 Julià (16 anys).

que no t'agrada el teu cos... a la vora de fa un any ho vaig sentir... però en lloc de canviar-ho t'amagues en d'altres coses... no m'agradava perquè em veia gras... em veia malament... tampoc em fixava molt... però hi va haver un canvi... quan ja tens novia... al final vaig ser jo que em vaig donar compte i vaig dir "he de fer algo, algo de veritat"!... estava tot el dia pensant amb això.» En general, aquests nois més joves elaboren discursos més elaborats quan parlen dels esdeveniments del passat, com si la perspectiva del temps, el creixement emocional i la resolució dels conflictes ho afavorís. En Julià parla ara de *l'antic* Julià. Es fa difícil, però, conèixer amb certesa si la seva major acceptació masculina del cos està relacionada amb un sentiment diferent o amb un relat diferent, adscrit a una certa fortalesa d'esperit pròpia de la masculinitat. L'acceptació masculina del cos ha estat més evident en les narratives dels joves més grans.

Pocs han explicat un sentiment de 'fàstic' respecte al cos. En canvi, la vergonya respecte al propi cos és un sentiment comú entre ells. La senten sobretot en els encontres amb persones o ambients nous. Al contrari, en contextos de privacitat i d'amics i familiars no solen sentir vergonya. La vergonya, un sentiment individual, està força relacionada amb els processos socials d'estigmatització. Goffman (1970:12-18), va diferenciar l'individu *desacreditat*, que no té possibilitat d'amagar l'atribut que el fa diferent, el *desacreditable*, que ho pot fer, i la vergonya i la tendència a evitar els contactes socials. Per exemple, totes les pròtesis amb una funció purament estètica mantenen la persona com a *desacreditable*, mentre s'aconsegueix amagar la diferència. La persona obesa és *desacreditada*, més quan major és el volum i la visibilitat, ja que és un atribut difícil, sinó impossible, d'amagar. En aquest sentit, és més fàcil entendre la rellevància, abans esmentada, de la roba, que, a banda ser un instrument 'd'identitat tribal', pot tenir un notable poder de dissimulació.

La mirada dels altres és un element recurrent que fa difícils les activitats quotidianes dels obesos (TIBERE, 2007:2). Espais públics com la platja, la piscina i els vestidors són els més relacionats amb la vergonya, allà on les persones es despullen i sobre la possibilitat d'esdevenir encara més *desacreditat* o passar de *desacreditable* a *desacreditat*, si és que la roba dissimula allò que amaga. No cal, però, despullar-se. Vestir segons quina roba pot fer sentir vergonya en visibilitzar la diferència, «la vergonya que passo en posar-me una samarreta amb tirants o sense mànigues... uf! Ho passo molt malament. Vam fer fa poc allò de les orles, que s'ha d'anar mudat, i parlant amb una amiga: —És que tinc una samarreta que m'agrada molt però és sense mànigues i no sé si posar-me-la, perquè els braços...— diu: —Posa-te-la, què et penses, que tothom t'estarà mirant els braços?— És que jo

penso que m'estaran mirant tota l'estona els braços o les cames o el que sigui...». ⁷⁷ A la platja o amb la samarreta, la desagradable sensació de sentir-se «exposat», pot agreujar-se si els estranys miren i fan comentaris (GOFFMAN, 1970: 28).

És la combinació amb altres variables —assenyalada— allò que fa que el cos obès sigui més o menys visible i estigmatitzat. L'obesitat sembla alleugerida per l'alçada i la fortalesa i agreujada en ser baix o petit. En Julio (18 anys) relata que «al principio sí, porque estoy con amigos y es que yo también soy un poco gafe. Todos mis amigos son escuálidos, delgados, y eso... no les sobra nada de grasa. Y claro, luego tú dices, ahora se acerca el verano, la playa... y yo ¿cómo voy a ir a la playa? ¿Con camiseta? No me la voy a querer quitar!! Pero después piensas y dices, es tontería!! Son tus amigos!! No te van a mirar mal!» No hi ha una fórmula matemàtica sinó una vivència subjectiva: l'estigma i el sentiment de vergonya no es relacionen amb un atribut en concret sinó que responen a una relació especial, i individual, entre aquest atribut i l'estereotip (GOFFMAN, 1970: 12), «... sí, i de fet és que em miraven. Ara passo desapercebuda pel carrer i abans no, sí que et miren, i tant que et miren!». ⁷⁸ Sembla que sempre esdevé més transcendent no mostrar-se diferent al model interioritzat que no pas les característiques pròpies de l'atribut. Els símbols generen acció i els símbols dominants es converteixen en focus d'interacció (GOFFMAN [1967], 1999: 24-25). Sovint, i contra el seu desig, el cos obès esdevé, socialment parlant, un símbol dominant per al jove gras que condiona la seva vida.

La vergonya pot estendre's com una taca d'oli, desbordar l'individu i interessar el seu entorn. La Laura (34 anys) explica que la seva mare tenia vergonya d'«ella sempre. A vegades ara li dic, no li havia dit mai, dic: —Sempre has tingut complex més tu de mi que jo de mi mateixa». O la que descriu la Cèlia en relació al seu fill: «lo que más miedo me daba era tener que llevar mi hijo al colegio, se meterán conmigo y mi hijo va a tener problemas por cómo yo esté...». Una mare que s'avergonyeix de la seva filla i una altra té por de la vergonya que pugui sentir el seu fill per causa seva.

La visibilitat dels cossos, per a molts, es problematitza sobretot als primers encontres, quan, abans de les primeres paraules, tan sols el cos i la imatge poden parlar de nosaltres «...quan coneixes una persona —afegeix la Yvonne⁷⁹—, el tema físic ho marca al 100%, quan vas a buscar una feina, el tema físic ho marca al 100%, quan tu vas pel carrer ho marca al 100%, és el que la gent veu al principi i realment és fonamental que no ens agradi». El cos és la targeta de visita i el primer cop de vista, s'assenyalen dues situacions ben diferenciades: amb familiars,

⁷⁷ Mònica (16 anys).

⁷⁸ Laura (34 anys).

⁷⁹ Yvonne (33 anys).

amics o coneguts i amb desconeguts, en el marc de nous encontres ja sigui per motivacions laborals o socio-afectives. És en aquest segon context on es disparen les alarmes, neix la vergonya i la discriminació. Tots tenen clar que el cos obès és un obstacle per als primers encontres i que en el terreny de les relacions no és tant barrera per a l'amistat com per 'lligar' o conquerir. Alguns matisen que no tan sols és el cos sinó la imatge, la que esdevé més rellevant al primer encontre visual. Aquesta imatge abastaria, a més del cos, la roba, el pentinat i el fet d'anar «arreglat». Ho comparteixen tots.

A tota la etnografia només la Irene,⁸⁰ i per voluntat pròpia, ha parlat del sexe «... és que és un impediment, que no ho sembla, però és un impediment molt gros perquè, a veure... jo sóc estrambòtica, jo sóc gorda però dins de mi... et pots ficar el tanga, et pots ficar la temptadora... però mentre no et mires al mirall dius: «Bueno, farem de tot», però et mires i et veus i dius: «Ai, no!», i et fiques el pijama fins al coll. El sexe no és el mateix en persones obeses que en persones primes. No es parla del sexe de la gent obesa. Ets persona, tens sentiments, tens necessitats, jo perquè tinc parella, però la persona que està grassa i no té parella, què?» Relata un episodi, a contracorrent de la norma, on és l'àmbit privat el que resta problematitzat.

El cos com a barrera

La majoria de joves obesos de més edat, amb certa perspectiva sobre el seu passat, expliquen les barreres o dificultats físiques, socials i afectives que els ha comportat el cos. Segons un metge nutricionista «l'obesitat comporta bàsicament l'escurçament de vida, pluripatologies i la mala qualitat de vida tant des del punt de vista físic com psicològic, social. La gent que té excés de pes arrossega molts problemes per trobar feina, trobar parella, relacionar-se, sobretot la gent jove... és que influeix en tot (...) és comú en un 90 per cent de la gent que té excés de pes, que té una autopercepció de la seva imatge corporal... no la que ells voldrien, són gent que si els hi preguntes en la intimitat, els hi preguntes amb calma, tots et diuen que creuen que el aspecte físic que ofereixen els limita per aconseguir determinades metes o aconseguir determinats objectius que tenen traçats».

El cos obès comporta problemes per a la vida quotidiana des de ben jove, més enllà dels problemes de salut. La manca d'agilitat és comú i dona lloc a burles o exclusió dels equips esportius a l'escola o a l'institut. La constatació del 'major cansament' és general però hi ha noies que han jugat a voleibol o han fet patinatge artístic, i certifiquen la possibilitat d'un cos àgil malgrat el sobrepès. Barbero (2003:

80 Irene (35 anys).

355) defensa la hipòtesi que l'esport opera com a dispositiu moralitzador de l'heterosexualitat i com a generador de valors homòfobs, de manera que mostrar-s'hi poc hàbil, cansar-se molt a les excursions o ser del *pelotón de los torpes* a la classe de gimnàstica pot esdevenir, sobretot pels nois, un problema afegit. Per això, Tíbere (2007: 4) reclama canvis en l'avaluació de l'assignatura de gimnàstica per als joves obesos, sovint marginats o no admesos als equips esportius per ser poc hàbils o cansar-se precoçment. Si estar prima té prestigi en les dones occidentals, el model d'home respon a un cos musculat, amb amplitud toràcica i potència física (TORO, 1996:157). Els grassos, a escola, tenen un cos diferent i ensenyen una doble desviació: per la forma corporal i per allunyar-se dels atributs de masculinitat.

Simone de Beauvoir (2000: 85) va escriure que durant la gestació la dona és ella mateixa i alhora quelcom aliè a ella mateixa. La malaltia i l'obesitat poden despertar un sentiment similar. Per a la Yvonne⁸¹ «és veritat que intentes reconduir el lleure cap a coses més passives, a veure, més sedentàries, perquè són coses més còmodes de fer. Doncs llavors també ho recondueixes una mica. No pots moure't ni caminar, ni fer cap cosa normal, potser no pots ni tocar-te els peus, no? Clar, llavors aquí en aquests punts, és quan jo crec que la persona és com una... és com si el cos fos una trampa mortal. Per a mi l'obesitat és com una trampa mortal per a la persona, perquè tu tens la teva psique perfectament però que el cos et condiciona totalment, no pots fer el que voldries fer realment». Observa el propi cos com una trampa mortal i explica com l'obesitat pot provocar mecanismes d'evitació en cercar al lleure activitats més sedentàries, amb un mecanisme de perpetuació. Així, al cos obès, a banda del volum i la visibilitat, se li afegeixen atributs negatius com la torpor, la mala coordinació, el cansament o l'ofec, amb conseqüències com ara no donar la talla a la classe de gimnàstica, ser incapaços de fer una tombarella o de seguir als companys en una excursió, ser un destorb al partit de bàsquet, tenir dificultats per tallar-se les ungles o per tenir cura de la higiene i l'autonomia, fins l'extrem de no canviar-se els mitjons durant una setmana.⁸²

Serrano (2004) contempla la sexualitat i la seducció humanes com a eines per perpetuar l'espècie. Hipotetitza que quan cerquem parella cerquem la millor inversió futura de la nostra càrrega genètica. Sota aquest paradigma, el cos obès seria una inversió dolenta, al furgó de cua a l'hora de triar. Sentir el cos obès com entrebanc per a les relacions afectives i de parella és comú per la majoria. En el mercat de les relacions intergènere se senten sense valor, invisibles, o que no existeixen. Per a la Cèlia, qui va ser operada de cirurgia bariàtrica, «es muy divertido porque antes yo no suponía ningún peligro. Amigas con las cuales salías con las

81 Yvonne (33 anys).

82 Cèlia (28 anys).

parejas y...tal y no había ningún peligro, entonces claro, pues ayúdame, ves con mi marido a elegirme algo de ropa interior, o ves con mi novio para hacerme un regalo y tal y cual. Ahora no se les ocurrirá en la vida, mira es que son, no les voy a hacer nada, pero es que ahora ya soy un peligro, si antes no lo era... ¿Por qué ahora sí que tengo que serlo... porque tengo unos cuantos kilos menos? Muy gracioso, yo soy la misma persona de siempre. La venganza es un plato que se sirve frío». En aprimar-se, el cos de la Cèlia ha passat de ser invisible i poc atractiu a entrar de ple dret al 'mercat'. La majoria distingeixen entre les antigues relacions, les de tota la vida (amics i família), i les noves, on el cos obès és un problema. El Julià⁸³ que ja no és gras, ens diu que «sí que qui ha gent que potser amb el perjudici d'estar 'gordo'... jo... els amics que em cauen bé és perquè són com són... siguin alt, baixos, negres o com siguin... però sí que et costarà més (fer amics) si estàs molt gordo o ets molt lleig... sí que és important...amb les noies és si li agrades o no... tinc moltes amigues però en principi quan estava 'gordo'... moltes amigues que tinc ara ja les tenia quan estava gordo... això està bé perquè saps segur que és amiga, perquè li caus bé i et portes bé amb ella...i no per l'estètica... però sempre que 'has d'entrar' a algú nou... segur que és pitjor (...) jo estava gordo, pesava bastant però els amics... eren més grans que jo no es ficaven amb mi, m'acceptaven com era, com un més i sempre content amb mi... no va ser un gran problema per l'amistat... amb les noies sí...». Tibere (2007: 4) recorda que les dificultats de tots els adolescents per a la seducció i la vida sexual i amorosa són gegantines, i esdevenen sovint la principal o la primera motivació per aprimar-se. El cos obès omple de dificultats les relacions.

Quant més jove menys es relaciona l'obesitat amb la salut i més amb l'estètica. Des del paradigma estètic, és a l'adolescència i amb les primeres relacions amb l'altre sexe quan el cos obès més es problematitza i poden aparèixer les primeres iniciatives pròpies (a la infància han sorgit de pares o metges) a la cerca d'un cos diferent. En general, els homes —o almenys les seves narratives— accepten millor el cos obès que les dones. En els més joves es fa palesa una indiferència i manca de consciència respecte al cos, respecte als de més edat. Pocs han explicat un sentiment de 'fàstic' respecte al cos. En canvi, la vergonya és un sentiment comú entre ells.

Prenent mesures: la regulació del pes i volum corporal

Les raons per fer dieta i perdre pes tenen a veure, en bona part, amb l'intent d'evitar l'estigma, el qual es veu reforçat per l'esclat de serveis i mercaderies que tenen com a objecte aprimar i modular el cos. En aquest capítol presentem una

⁸³ Julià (16 anys).

anàlisi de les diferents formes de control de pes i volum corporal, així com dels diversos agents prescriptors que, motivats per interessos diversos —sovint lucratiu—, recomanen o impulsen als joves a «prendre mesures». Veurem que rarament es parla d'hedonisme en les dietes, malgrat que l'acte de menjar arreplega, de manera universal, dos plaers: un plaer sensorial i el plaer social de la comensalitat. Entre els joves obesos, i entre molts no obesos que es sotmeten a dietes per perdre pes, menjar pot comportar un binomi de plaer-culpa. «Estar a dieta» pot anul·lar o reduir els dos plaers, ja que tant les tries com les quantitats d'aliment resten condicionades i, alhora, es poden veure afavorits àpats més solitaris o es pot tendir a evitar actes de comensalitat, tant per no enfrontar-se a 'la temptació' com per no mostrar-se diferent als altres en no consumir els mateixos plats que la majoria. És cert que també «voler aprimar-se» (o «voler estar fort o musculat») pot produir un plaer anticipat, però freqüentment és tan sols les primeres vegades. Sovint són més les frustracions relacionades amb dietes io-io i amb expectatives poc realistes incentivades per la indústria de la dieta. Il·lustrem la rellevància que adquireix el compromís en el seguiment de les prescripcions i evidenciem que el procés d'aprimament pot convertir-se en un horitzó infinit al que mai no s'arriba.

Prescriure

Fins fa menys de mig segle, infants i joves no eren objectius del consum com ara. Al llarg del desenvolupament del capitalisme, i amb la excepció relativa de les joguines, infants, nois i adults joves no esdevingueren fonamentals en el mercat de consum fins als anys cinquanta i seixanta. Els mp3/4, la roba informal, les revistes mensuals o el consum de ràdio i televisió són molt recents i han adquirit un pes enorme en l'imaginari quotidià. També els productes light, les dietes miraculoses o els fàrmacs per aprimar-se. Esdevenen importants amb el desenvolupament de la parafarmàcia als setanta-vuitanta i amb el fetitxisme del *logo* associat al comerç de franquícies fa menys d'un quart de segle. En el segle XXI les estratègies comercials provoquen canvis culturals extraordinaris i en adaptar-se a les noves xarxes socials (Facebook, Twitter, etc...) esdevenen més complexes encara del que podríem imaginar. Els cànons estètics ja no són exclusivament producte de la televisió —doncs les xifres de consum televisiu en joves i adolescents han disminuït— i, en canvi, de manera decisiva observem les influències dels clústers de relacions basats en les xarxes virtuals.

Per què començar a controlar el pes? Quins són els factors que determinen les decisions? Sembla haver-hi raons socials (estètiques, mèdiques, de distinció social...) que construeixen el cos i les seves concepcions i significats, i marquen el ritme al que s'ha d'ajustar i regular. Estar prim és un valor estètic que denota

estatus social, mentre que estar gras «sense voler equival a deixadesa... a fracàs» diu la Yvonne.⁸⁴ I creixen els anuncis sobre productes, serveis i tractaments per aprimar-se i hi ha una mercantilització evident del cos.

Els grassos assumeixen el control del pes per estètica i salut segons les circumstàncies personals. Mentre que els menors diuen que «va ser sobretot per estètica, perquè el metge era qui m'informava dels temes de salut... em va dir que això era serio... però va ser més estètic...»,⁸⁵ els més grans afirmen que «més que per qüestions socials, [ho fan] per prevenir possibles problemes de salut en el futur».⁸⁶ Les dues raons són sovint difícilment separables. Hi ha casos en què hom parla sobretot de salut, però sura per sota l'estètica. Quan l'excés de pes és més evident, són majors les estimacions del risc de patir alguna malaltia relacionada amb l'obesitat. Aleshores, el primer objectiu de la persona jove és millorar la salut i prevenir problemes.

Tant homes com dones controlen el seu pes. Elles admeten estar més preocupades pel volum corporal i sembla que tinguin més interioritzada la «necessitat» de fer dieta. Per contra, sembla que els nois tenen una actitud diferent: «això no va amb mi», tot i que de vegades es pot veure un interès pel propi cos. Potser als més joves els costa menys parlar dels seus interessos pel cos i l'estètica pels canvis que han experimentat les concepcions i valoracions de la corporalitat masculina.

Són *prescriptors* aquells qui recomanen i potencien la pèrdua de pes. Per entendre els canvis i les continuïtats en un procés de control de pes cal preguntar-se, no només per les causes que menten els joves i que els han impulsat a fer-ho, sinó si aquest canvi és fruit d'una prescripció i qui l'ha feta. Finalment, si han fet cas, o no, i de quina manera tot això ha influït en el control del pes.

El primer prescriptor és la família. Transmet valors sobre la corporalitat i els seus significats, i és l'àmbit on primer s'exerceix vigilància i control del pes corporal i és determina l'assistibilitat. Abans, fins i tot, que els nens puguin entendre la seva pròpia corporalitat, els pares prenen la iniciativa, observant i diagnosticant si el seus fills estan dins «la normalitat corporal». De no ser així, són els primers en intervenir. Alguns controlen menjars i vigilen consums a l'hora de menjar: «no mengis més d'això!», li diuen els seus pares a la Mònica.⁸⁷ Més endavant «van ser els pares, que em van portar al metge», diu la Julia, i remarca la Mireia que «la primera vegada que vaig fer dieta va ser amb deu anys, quan em va venir la menstruació, que vaig engreixar bastant... els meus pares em van portar a un

84 Yvonne (33 anys).

85 Julià, (16 anys).

86 Xavier (27 anys).

87 Mònica (16 anys).

endocrinòleg». ⁸⁸ Els pares reconeixen el control: «Jo sempre li dic a la meua filla: —i ja no estàs bé així?— però ella sempre... —deixa'm estar, mare!! Que a mí no em preocupa això!!—... I és que ella és molt de vida!! És molt de vida ella!!». ⁸⁹ Les experiències són diverses. De vegades és viscut com una forma d'estigmatització o rebuig, d'altres és acceptat com un deure que tenen amb els seus fills. La Laura sempre ha sentit que la seva mare la rebutjava per grassa, «sí, la meua mare... perquè jo de mi no... si que en tenia, però al final em penso que tots els passos que he fet ha sigut per ella, perquè era una cosa que... quan ella em mirava: «òstia!, m'he engreixat», ja no calia ni balança, perquè ella... “uf!, m'he engreixat, ho tinc claríssim, ma mare em mira, està clar”. Era així sempre». ⁹⁰ En canvi el Julià es pregunta: «perquè ma mare em deixava menjar... Suposo que ella no pensava que era dolent, però a lo millor no era tan bo que ho fés... Potser no m'hauria d'haver deixat menjar tot el que volia...». ⁹¹ Fora de la família nuclear, hi ha pseudo-prescriptors que de tant en tant poden intervenir «els meus avis i una tieta meua que tinc més relació sempre, allò: —no mengis més... sempre, sí», ⁹² o és una amiga seva que «a vegades, si em compro alguna cosa de xocolata em diu: —i tu no feies règim?». ⁹³

La resta de prescriptors són professionals. Sensibles a les alarmes, pensen que cal prendre mesures urgents per tractar i prevenir l'obesitat, i desenvolupen polítiques per fer-hi front. Inclouen el diagnòstic ponderal, les recomanacions d'iniciar una dieta, tècniques de control o terapèutiques. Si als nostres avis no se'ls hauria acudit mai anar al metge per «saber com i què menjar», avui, alimentar-se és competència de professionals i institucions. I, no és que considerem que l'alimentació no estigui vinculada amb la salut, i que una alimentació sana no sigui saludable, sinó perquè quelcom tan complex com alimentar-se, hagi de ser només competència d'experts: «m'ho va recomanar el pediatre», ⁹⁴ diu el Marc. «El metge em va recomanar que havia de perdre pes per la salut... em va aconsellar que m'aprimés» ⁹⁵ afirma el Jordi. O «en una revisió mèdica de la feina em va sortir que tenia els índex de colesterol molt alts, i em van dir que anés al metge de capçalera» ⁹⁶ i la Marta, patinadora artística de competició, «com que faig esport,

88 Mireia (26 anys).

89 Clara, GFP-Mare1 (50 anys).

90 Laura (34 anys).

91 Julià (16 anys).

92 Mònica (16 anys).

93 Sílvia (15 anys).

94 Marc (15 anys).

95 Jordi (16 anys).

96 Pau (32 anys).

em van fer una revisió i em van dir: —tens una mica de sobrepès i tal, i vaig dir, vale, he de fer una mica de dieta».⁹⁷ Si la majoria de joves fan cas a les prescripcions l'Arnau diu que «sempre m'havien dit de fer-ne, però...» però sense regularitat «de vegades sí, però de vegades no, perquè ja em coneix! M'agrada com soc».⁹⁸ I l'Ariadna comenta que «a l'escola em van dir que fes règim i jo vaig dir *voilà!*! I aquí va ser quan em vaig començar a conscienciar que jo estava més grassoneta que el normal».⁹⁹ No tots els joves fan control de pes per prescripció, alguns accepten que fou seva la iniciativa, o sota la influència dels pares.

Decidir i comprometre's

Al parlar de control de pes cal fer-ho també de decidir i comprometre's. No és fàcil començar i mantenir-ho. Significa canvis en hàbits de vida, rutines i actituds i raons de les ingestes. La dificultat rau en què «menjar» està lligat a les xarxes socials i als comportaments grupals en l'àmbit domèstic i en l'espai públic. Posar-se a dieta significa transgredir normes del grup, i fer-se diferent. Un preu sovint molt alt: hi ha concepcions de vida i significats dels aliments diferents, costums alimentaris individuals i particularitats fisiològiques. El més difícil és establir rutines i hàbits quotidians.

La regulació de la ingesta ha estat sempre imposada per raons culturals. En la transició nutricional actual, amb certa llibertat per triar productes, els models culturals són més complexos i diversos segons els *ethnoscapes* de cadascú, que inclouen l'*embodiment* de la cultura de la dieta o del fer dieta (GRACIA-ARNAIZ i COMELLES, 2007). La prescripció de dietes, de patrons nutricionals, o de medicaments ha d'inscriure's en un *ethnoscape* cultural més important que els propis determinants científics que hi ha darrera i al que la pròpia dieta contribuirà a transformar. Aquest *ethnoscape* suposa normes i controls, quelcom també present en els patrons tradicionals d'alimentació presidits pel *no t'agrada però t'ho menges* de totes les mares i pares que es fan i es desfan. Canvia la manera d'organitzar els menjars i la capacitat dels individus de saltar-se les normes socials i inventar-ne d'altres.

Si difícil és començar (a fer dieta), potser més difícil és mantenir-la. Cal determinació i convenciment, dominar la gana i l'apetència, les necessitats socials quan hom va a sopar o a prendre una canya amb amics, doncs «per fer dieta un s'ha de tancar en una cova»¹⁰⁰ diu la Cèlia. El Julio, quan surt demana aigua. En el compromís, cal assumir un contracte no escrit amb si mateix o amb algú altre. Hi juguen

97 Marta (15 anys).

98 Arnau (21 anys).

99 Ariadna (21 anys).

100 Cèlia (28 anys).

un paper important les característiques personals i de l'entorn, i el recolzament de la xarxa social. Finalment, el reconeixement de l'esforç i dels resultats d'aquest esforç és evident. El compromís caracteritza la relació entre la persona i allò amb què es compromet i repercuteix en la decisió de continuar o deixar el procés. A vegades les persones poden comprometre's amb el seu objectiu i fer-s'ho soles. Moltes, emperò, busquen recolzament. Un dels suports és Internet. Les pàgines *web* i els fòrums o les xarxes permeten conservar l'anonimat, són plens d'«iguals» amb qui compartir èxits i plorar decepcions i fracassos. Són el lloc ideal on troben el recolzament que els ajuda a seguir i permeten, ocasionalment, fer contactes personals. És una eina emprada per ratificar, confirmar i mantenir-se en la decisió del canvi, una mena de recordatori de qui ha iniciat un procés de control de pes. Els joves fan pública la seva intenció en una comunitat que accepta la seva decisió, i ratifica el seu compromís de seguir endavant.

Si són molts els internautes que fan ús de la xarxa amb aquesta finalitat, pocs són els entrevistats que empen Internet com eina de reafirmació del seu compromís. Opten per altres estratègies, «m'ha ajudat la meva parella»,¹⁰¹ o anar a la consulta perquè «el que jo vull és que algú em vagi controlant... com que jo tot sol no puc aconseguir el que vull»,¹⁰² o «necessito algú que em digui si m'he aprimat o m'he engreixat».¹⁰³ Pel vincle que hi ha entre ells i el dietista a alguns els sap greu defraudar-lo. També per la despesa econòmica que representa «quan no pago no em controlo... necessito un compromís... la única manera de jo controlar-me és pagant, un dietista, un nutricionista, el que sigui».¹⁰⁴

Als més joves els costa més assumir compromisos a llarg termini i són més impacients, com aquella informant que volia anar-se'n a dormir i despertar-se prima al dia següent¹⁰⁵. Sovint es desencoratgen per manca de resultats a curt termini. El compromís sol ser dèbil, malgrat el recolzaments de pares i dietistes. Potser perquè la seva identitat corporal i la seva corporalitat encara s'estan formant, potser perquè, amb referències més curtes del temps, aquest és viu més lentament... Sovint els majors semblen tenir més habilitats per mantenir un compromís i més paciència per persistir.

També els debilita el grau d'excés de pes. Els més grassos, tenen menys coratge i el seu compromís és menor. Han de perdre massa pes per arribar a la «normalitat» i les seves experiències negatives els duen a malfiar-se. «Si per tu és difícil

101 Xavier (27 anys).

102 Julio (18 anys).

103 Mercè (23 anys).

104 Mireia (26 anys).

105 Sílvia (15 anys).

perdre 5kg, imagina't per mi perdre'n 50!!!» diu la Catalina.¹⁰⁶ Decidir-se és més difícil perquè creuen que no se'n sortiran. En canvi, els que tenen menys pes per perdre, segueixen millor la dieta i se senten més compromesos.

Controlar

Estar a dieta és problemàtic. La religió i la moral han fet del dejuni i la moderació una virtut, malgrat que en les societats estratificades els que podien menjar més han estat sempre els que tenen més recursos, i menjar té també un significat de poder. Avui, amb més abundància alimentària que mai, el context actual es pot descriure, seguint a Contreras (2009), com a més «tolerant, individualista i de lliure mercat». Aquest context, ha donat pas a noves formes de menjar, més flexibles i menys estructurades, les quals han fet que posar-se a dieta o seguir un regim prengui un sentit —d'ordre i conveniència—, a la vegada que esdevé una prescripció diètica de difícil compliment (GRACIA-ARNAIZ, 2007). Posar ordre en una dieta no significa només baixar o moderar el consum de certs aliments, sinó seguir pautes relatives a les quantitats de menjar, els horaris, el nombre d'àpats, la companyia, etc. que els experts consideren saludables. Aquestes pautes han anat canviant. El que avui és considerat saludable, potser demà no. Als anys seixanta, augmentar el consum de proteïnes i energètics s'aconsellava per obtenir una bona alimentació. Avui s'aposta pels aliments vegetals i de baix contingut en greixos i sucres.

Seguir una dieta implica ajustar-se a recomanacions, i això promou el consum i la restricció de certs aliments, el seguiment d'un codi de comportaments i actituds davant el menjar. Menjar cinc cops al dia, en horaris determinats, asseure's a taula amb temps suficient, fer àpats amb estructura ternària, menjar tantes peces de fruita o de verdura al dia. Hem passat de condicionants alimentaris externs (ecològics, econòmics, simbòlics, abans imposats per la cultura) a interns (apetència pels aliments, preocupació per la pròpia salut, cura de l'estètica personal...). Són les persones per sí mateixes les qui han d'encarnar les normes alimentàries (dieta, higiene i exercici físic regular) (vg. GRACIA-ARNAIZ, 2010).

Els joves han de fer exercici físic per reduir el pes, però fer-ho amb regularitat és difícil, sovint per manca de temps. Molts en feien seguint aquesta prescripció, i els del grup focal amb normopès ho fan o ho havien fet amb assiduitat. En l'afany de control els joves canvien el seu patró alimentari, no sempre els seus significats i el que els aliments representen per a ells. Però si ho segueixen s'assoleix el «canvi d'hàbits alimentaris» i podran, segons els experts, mantenir les prescripcions di-

¹⁰⁶ Catalina (26 anys).

etètiques sense tornar a engreixar-se. La dieta deixa de ser dieta per convertir-se en normalitat alimentària. Però no és fàcil mantenir-se. De vegades abandonen en assolir l'objectiu — estar prim—, de vegades abans. Gairebé sempre *a posteriori* recuperen el pes perdut. Sovint les dietes prescrites són poc o gens individualitzades i molt restrictives: «anaves al metge i et donava la típica fulla groga, que donen a tothom, amb una dieta de 1000 o 1500kcal». ¹⁰⁷ Eren molt difícils de seguir i, en deixar-les, provocaven un «efecte rebot». Avui, cada cop més, els especialistes creuen que sovint són més perjudicials que mantenir un sobrepès estable, i per això parlen de «canvi d'hàbits», d'«ensenyar a menjar», de «correccions».

Els joves en tractament estan contents amb el tracte rebut, i menys angoixats per perdre pes. Són més conscients que el que compta és la salut, que no és una cursa, i que poc a poc assoliran l'objectiu: «Abans d'anar a l'hospital estava amb un altre endocrinòleg que no em va mirar. En canvi, la d'ara em va mirar completament, em va fer anàlisis i fins i tot un TAC. Tinc la sensació que és la primera vegada que em miren bé... la dietista m'ensenyava a menjar millor, i em va preguntar com menjava i quina vida feia, després em va donar diferents menús i sense prendre'm cap pastilla. No tinc cap menú específic de quantitats o d'aliments, sinó de tipus de menjar. M'han donat una agulla per l'oli.» ¹⁰⁸ La Mercè, creu que hi ha una millora en el tracte a la xarxa assistencial perquè reben suport al patiment que suposa estar gras.

Essent competència mèdica la prescripció dietètica, hom pot parlar de medicalització de l'alimentació, per voler aconseguir un equilibri òptim que permeti un estat corporal el més saludable possible, però menysté les significacions culturals i socials de l'acte alimentari. El model és sempre el mateix: cinc menjades, cinc peces de verdura i fruita al dia. Abstenir-se de menjar brioixeria, no abusar de la carn vermella. Menjar més peix... Dos iogurts o un got de llet. Pa, poc. Àpats principals, un primer plat suau i de segon, tall (millor si d'alguna carn poc greixosa), amb verdures o amanida, de postres fruita. A mig matí i a mitja tarda un iogurt o una fruita. I, si cal, un got de llet després de sopar. Aquest patró pretén posar una mica d'ordre a «desestructurades pràctiques alimentàries». Però les normes són rígides: s'homogeneïtzen les recomanacions i les formes d'aplicar-les.

A excepció d'un noi, tots els entrevistats estan fent algun tipus de dieta. Fins i tot els participants al grup focal de joves amb normopès, ho havien fet en algun moment de la seva vida de forma diversa. Havien practicat diferents tipus de control sense seguir cap recomanació d'experts ni de cap altra. Redueixen els aliments amb «fama d'engreixar», com els dolços, el pa... i ja està o els més joves, més pre-

¹⁰⁷ Catalina (26 anys).

¹⁰⁸ Mercè (23 anys).

ocupats per la imatge, i als que els és més difícil mantenir un compromís a llarg termini, fan «dietes» poc ortodoxes, com «la de la pinya», o la «sopa quemagrasa». Poden perdre bastant pes en un temps curt, però en deixar-les, recuperen el pes ràpidament.

Els centres dedicats al tractament d'obesitat i sobrepès fan servir tècniques diferents segons si són biomèdics o paramèdics, públics o privats. Als públics empren dietes equilibrades en macro-nutrients (50-55% d'hidrats de carboni, 25-30% de greixos, i 15% de proteïnes). Els privats fan també altres variants, com les *dissociades* que no permeten menjar en un mateix àpat aliments rics en hidrats de carboni i proteïnes, o restringeixen els hidrats de carboni i qui segueix la dieta no pot menjar-los. Dins aquesta línia hi ha les de Montignac o Atkins, que permeten el consum de proteïnes, greixos i verdures, i limiten la ingesta d'hidrats de carboni. Alguns centres privats utilitzen dietes molt estrictes que duren només un dia, per després seguir amb pautes convencionals. Finalment, hi ha professionals que afegeixen infusions, plantes, fàrmacs, agulles, infiltracions, segons ho prescriguin metges o altres professionals. Aquests productes no funcionen per sí sols si no s'acompanyen de dieta.

La xarxa assistencial ofereix tècniques quirúrgiques, com les anelles o bandes gàstriques, balons intragàstrics, o cirurgia bariàtrica. Totes pretenen reduir la capacitat de la cavitat estomacal, fer baixar la sensació de gana afavorint el seguiment de les prescripcions dietètiques i «menjar menys». Pel seu alt risc es reserven quan la dieta i els tractaments conductuals han estat insuficients per controlar el pes o en excessos de pes greus, com Cèlia,¹⁰⁹ que als 25 anys pesava 160kg i va anar «directamente al Dr., y le dije: —mire Dr., 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, yo ya más no puedo seguir. Quiero que me opere». La sanitat pública, però, no dóna abast a la demanda i la llista d'espera és entre dos i cinc anys durant els quals saben que augmentaran de pes, i es queixen. Per això moltes persones decideixen operar-se a clíniques privades.

Malgrat la seva popularització, aquesta cirurgia té una elevada mortalitat, però els pacients joves valoren «què prefereixo: morir en l'operació o seguir vivint com visc»? La Catalina ens diu: «almenys ara hi soc!! —si no me'n surt, no hi seré!»¹¹⁰ —i riu—; altres informants¹¹¹ afirmen: «ho tenia claríssim, però claríssim, si alguna cosa tenia clara en aquells moments era que ja no volia estar així, estava tipa de tantes dietes i de tanta història! (...) Preferia morir-me (...) el dia abans li

109 Cèlia (28 anys).

110 Catalina (26 anys).

111 Ja operades de cirurgia bariàtrica.

vaig dir al meu home: —ho tinc claríssim, prefereixo morir-me, si m'ha de passar alguna cosa, prefereixo que em passi dins el quiròfan que no pas continuar una vida així, perquè per viure amargada més m'estimo que em passi alguna cosa dins el quiròfan».¹¹² Assumeixen els riscos amb més facilitat per la discapacitat que els suposa el seu cos: no arriben a tocar-se els peus i no poden posar-se i treure's mitjons i sabates, tallar-se les ungles, pujar a casa (un cinquè pis sense ascensor) és un gran esforç i tenen dificultats per fer tasques bàsiques. Veuen impossible aprimar-se fent només dieta.

Sortir-se'n o fracassar

Controlar el pes potser mai pot donar-se per acabat. S'inicia, es deixa i es reprèn. Si amb el temps arriben a interioritzar noves pràctiques alimentàries, al principi cal estar pendent dels àpats, i malgrat dedicar-hi molt temps i esforç potser mai s'arriba a la fi. Cal canviar concepcions i significacions vers el menjar, les formes de vida. Interioritzar pràctiques saludables és, segons els experts, la clau de volta per normalitzar el menjar i deixar d'estar pendents de les dietes. Amb aixó topen la majoria dels que fan dieta. Quan no s'interioritza aquesta com un estat permanent, tard o d'hora les persones es cansen i acaben abandonant-la. Sortir-se'n o fracassar, aquesta és la qüestió.

El seguiment és difícil perquè estem parlant d'un acte social, articulat en rituals de socialització i a una gramàtica invisible que prescriu quins menjars calen. Aquesta marca els gustos personals de cadascú i sovint s'allunya de les prescripcions mèdiques. Aquests gustos culturalment apresos s'emmarquen sovint en el que alguns anomenen «xarxa obesogènica», un entorn social que no desaprova estar gras. Aixó redueix l'estress d'estar gras i dificulta que la persona cregui necessari iniciar un control de pes. Al veure's i viure's com un estat corporal no alterat, igual als iguals, els processos de formació d'identitat es ratifiquen entorn a aquesta forma corporal, les motivacions pel canvi minven, i les estratègies de control es veuen obstaculitzades per la normativa alimentària grupal. En segon lloc, perquè les persones adquireixen patrons de conducta alimentària que conformen la seva identitat. S'identifiquen per les seves formes de menjar, és qui és per com menja, per les seves preferències i apetències, per les seves rutines o manca de rutines alimentàries, per les seves maneres de cuinar i en general per les seves particulars gramàtiques alimentàries.

L'estil de vida el conformen pràctiques individuals i socials, en àmbits com el laboral, familiar, o el del lleure. Què menja una persona, quan ho menja, amb qui ho menja, quin significat hi ha sota cada ingesta, respon a les necessitats vitals

¹¹² Laura (34 anys)

d'aconseguir l'energia o «combustible» (tal i com es vist el menjar sota la mirada dels experts), però és quelcom més en l'entramat de la vida social.

Al començar un règim, hom canvia les pautes alimentàries sense canviar res del context. Les rutines són les mateixes, l'entorn no canvia ni el que significa menjar. El règim és sovint viscut com una pràctica aliena, que no correspon amb el que un és, i els aliments prescrits sovint «no venen gaire de gust». Per altra banda, les persones tenen apetències diferents, mentre un és molt menjador, no acaba mai la gana i tot ho troba bo, l'altre no menjaria mai, perquè no té gana. Quan una persona és «de menjar» o «de vida», més difícilment controlarà el menjar prescrit.

Foz *et alii* (2002) diu que el tractament de l'obesitat «és difícil i poc eficient, al principi la pèrdua ràpida és fàcil amb el seguiment de dietes hipocalòriques ortodoxes», i els resultats a llarg termini descoratjadors «als cinc anys el pes s'ha recuperat i ha augmentat», per l'efecte io-io, o rebot. La biomedicina ho atribueix a la falta de voluntat i a no canviar els estils de vida, malgrat que en el transcurs del control de pes el metabolisme de les persones es veu alterat per tal d'adaptar-se a la «carestia d'aliments i acaba gastant menys energia de la que gastava abans de fer la dieta» (ALEMANY, 2003), i que és el que explica, en part, les formes de supervivència dels grups humans confinats en situacions crítiques d'aïllament i segrest (ALLUÉ, 2009). El que explica, no només que un cop que es deixa la dieta sovint es recuperi el pes perdut, sinó que en tornar a reprendre una dieta, aprimar-se requerirà molt més esforç, ja que una menor ingesta d'aliments serà millor «aprofitada» per l'organisme i serà més difícil assolir l'objectiu. Per això les persones que han provat moltes dietes, deixant-les i reprenent-les sovint acaben patint obesitats severes.

Els entrevistats més grans expliquen diferents itineraris ponderals. Parlen sovint d'abandonaments, de nous intents, de cansament i esforços, de voluntat i paciència, d'èxit avui i frustració demà. Alguns com el Julià, que té 16 anys, i s'ha aprimat bastant, tal vegada mantingui el pes actual o potser demà engreixi de nou i torni a aprimar-se... Fins i tot la Cèlia o la Laura, operades, poden tornar a engreixar-se si no vigilen el que mengen «la cabra tira al monte, y el obeso a la comida».¹¹³

Tampoc s'ha d'oblidar la relació que hi ha entre menjar i l'estat emocional. En diferents circumstàncies pot ser que es mengi més o menys. Sabem que quan un s'enamora perd la gana, com també en situacions d'estrès, o de turbulències sentimentals, d'altres mengen més. La Mireia «du dos anys que torno a recórrer al Centre Privat, depenent de com em trobo, si estic bé psicològicament, que veig

113 Francisca GFP-Mare 3.

que puc seguir una dieta hi vaig, sinó, no!».¹¹⁴ De vegades, les angoixes van lligades al que Paugam (1991) anomena procés de precarització,¹¹⁵ històries ponderals que acaben en greus obesitats. Menjar és quelcom més que alimentar-se i va lligat a moltes variables. Estar a dieta no sempre està en consonància amb la resta de circumstàncies d'una persona. Per això no sempre s'està preparat per iniciar-se en un control sistemàtic del pes. Es sap com i quan comença, mai com i quan acabarà.

No engreixaràs: processos de (des)valorització i formes de discriminació social

Sabem que els efectes de l'obesitat sobre les trajectòries socials no són iguals per tothom, sinó que l'edat en què apareix és determinant. Si bé és cert que la negativitat atribuïda a la grassor és encarnada amb tensió des de la infància, s'accentua especialment durant l'adolescència i la joventut, ja que la corporalitat pren un paper central en les relacions interpersonals. En aquest capítol es mostra, des d'una altra perspectiva, el recorregut que ens porta des de la lipofòbia cap al lipofobisme. A mesura que la corporalitat física s'allunya dels patrons corporals estàndards, el procés d'estigmatització s'activa als diferents àmbits relacionals i dificulta la participació i integració del jovent als espais educatiu, professional, lúdic i, fins i tot, domèstic. Mostrem també que les formes de discriminació tenen un impacte sobre la mobilitat social ascendent, especialment en relació les oportunitats laborals, i que aquestes afecten desigualment als gèneres.

Els 'ismes'

La imatge que té una societat sobre els grups que la formen sovint es basa en estereotips, prejudicis i mitificacions. Alguns grups *s'identifiquen* a partir de caràcters o trets negatius. Són comuns les variables fenotípiques com el color de la pell, però també les religioses, comportamentals, lingüístiques i culturals. I si hi ha «ismes» com *l'edaisme*, descrit per Fernández-Ballesteros (2007) com la discriminació d'una persona per la seva edat cronològica; el *racisme*, descrit per la UNESCO (1948) com la discriminació d'una persona per la seva raça o ètnia; el *sexisme* descrit per Berga (2005) com la discriminació d'una persona segons el gènere; i el *classisme* definit per l' Institut d'Estudis Catalans com el sistema que tendeix a

114 Mireia (26 anys).

115 Descriu per l'autor com un seguit de condicionants socioeconòmics i psicològics que determinen un estatus cada vegada més precari de la persona, com ara la manca de treball estable (d'ingressos suficients i segurs), de parella (manca afectiva)...

mantenir les diferències entre les classes socials, el fet és que les persones obeses no s'escapoleixen a aquestes identificacions, malgrat que el liberalisme defensa la igualtat social.¹¹⁶ Ser *iguals*, però, no significa ser *idèntics*, i el dia a dia mostra actituds discriminatòries en relació a qui s'allunya d'allò que és comú, quotidià, compartit i consensuat durant generacions.

La discriminació en relació a l'obesitat apareix a l'escola, amb nens que creixen amb la càrrega d'etiquetes negatives o discriminatòries relacionades amb el seu cos, culpabilitzats socialment del seu estat. Potser podríem imaginar un altre «isme», el *lipofobisme*. Si *lipofòbia* (FISCHLER, 1995) és un terme que associa la fòbia al greix des d'una perspectiva individual i introspectiva, el *lipofobisme* seria la fòbia social envers els obesos o, el que és el mateix, la discriminació d'una persona segons el seu excessiu pes o volum. *No engreixaràs*, vet aquí el «dotzè» manament¹¹⁷ malgrat que una de les raons del problema és que davant una persona obesa inevitablement hom pensa en la condemnable golafreria.

El concepte d'*estigma* apareix a Grècia per referir-se a signes corporals amb els quals s'intentava exhibir alguna cosa negativa i poc habitual en l'estatus moral de qui els presentava. Fa referència a un atribut desacreditador. La societat categoritza les persones i també els atributs que permeten la seva identificació. El caràcter que atribuïm a l'individu segons la seva aparença és la identificació social virtual i la categoria i atributs constatables es relacionen amb la identificació social real. Però ambdues són construccions socials i culturals. L'individu que posseeix un atribut que el fa diferent de la resta pot esdevenir 'menys acceptable'. Deixem de veure'l com una persona normal per reduir-lo a un ésser menyspreat. Un atribut d'aquesta naturalesa és un estigma. Goffman en distingeix tres tipus:

- Les abominacions del cos
- Els defectes de caràcter de l'individu
- Els estigmes tribals de la raça, la nació o religió

Els tres tipus comparteixen els mateixos trets sociològics: un individu que podria ser acceptat en un intercanvi social posseeix un tret que el fa diferent, un atribut que capta amb força la nostra atenció, tot eclipsant la resta d'atributs. Són prou conegudes les actituds i les mesures individuals i socials que els «normals» adoptem davant una persona posseïdora d'un estigma. La persona que té un es-

116 Vg. l'article d'*El País* «La hora del "orgullo gordo"» de David Alandete publicat el 30/11/2009 a la versió virtual del diari *El País.com* on es planteja la reivindicació dels obesos estatunidencs que reclamen que no se'ls margini ja que segons afirmen s'equipara la seva persecució a la del racisme o l'homofòbia (<http://elpais.com/diario/2009/11/30/sociedad/1259535601_850215.html>; visitat el 10-12-2012). En el capítol següent tractarem aquest tema.

117 Parlem de dotzè ja que descrivíem en un estudi anterior el que per l'equip investigador era l'onzè manament: No comeràs (GRACIA-ARNAIZ i COMELLES, 2007).

tigma no és considerada totalment humana i per això practiquem diferents tipus de discriminació, mitjançant els quals reduïm en la pràctica les seves expectatives de vida (GOFFMAN, 1970).

L'obesitat podríem emmarcar-la dins les abominacions del cos, en aquest cas gras, encara que no necessàriament s'hi neixi. Aquests signes, símbols o atributs que transmeten informació social sobre l'altre varien segons siguin o no congènits i, en el cas que ho siguin, varien si un cop introduïts es converteixin o no en una part permanent de la persona. Els obesos es trobarien dins el conjunt de persones *desacreditades* però que suposadament tenen a les seves mans la possibilitat de no adquirir o de fer desaparèixer l'estigma. Si no ho fan són culpables per no intentar-ho. I són més culpables quan més grassos són. Són més culpables si l'obesitat no és congènita sinó adquirida perquè els relaciona amb la golafreteria, un pecat capital del cristianisme. Si no estan etiquetats com a malalts, els individus discriminats pel *lipofobisme* són menyspreats i no són compadits.

Fins a quin punt els discursos biomèdics i epidemiològics poden influir en els processos d'estigmatització? A l'individu gras l'interessa ser un malalt, no un golafre. El problema és que aquests discursos no resolen les contradiccions. Quan es fa èmfasi en la genètica es dóna un cop de mà a l'estigmatitzat, en no traspasar-li la responsabilitat sobre el seu estat. Quan es parla de pandèmies associades a hàbits poc saludables es culpabilitza els joves i també el seu entorn, sobretot els pares (els infants romanen moltes hores sols, les mares no poden tenir cura directa de la seva alimentació o són maldestres en les tries enfront l'abundància d'aliments no saludables...). En el cas de l'obesitat es dóna la paradoxa que ser malalt resulta més prestigiós, o menys desvaloritzador, que no ser-ho.

Hi ha estigma i discriminació. Com ho viuen els grassos? Com hi fan front? Com intenten evitar-ho? Com es tradueix l'estigma en el tracte que rep l'estigmatitzat? Quins mecanismes evidencien la discriminació i la desvalorització social? Quina imatge trameten als altres i quina imatge pensen que trameten?

Espai de discriminació

Entre els nostres informants hi ha hagut consens i unanimitat en un fet: tots s'han sentit observats, han notat mirades reprovadores que els han fet sentir malament. Són mirades «amb mals ulls» que fan sentir reprovació o discriminació: «...sí, qualque pic sí que te miren diferent! Te miren més que a un altre!». ¹¹⁸ «Convençudíssima, convençudíssima! Tenia la sensació de que m'estaven mirant perquè estava gorda, potser em miraven per una altra cosa, però... ara no, o és que a mi no em fa

¹¹⁸ Catalina (26 anys).

la sensació, o és que vaig tan segura de mi mateixa que no miro a ningú! A vegades et miraven i algú que et coneixia se't quedava mirant: "Ai, estàs embarassada", "No, estic gorda!", a veure, ho havia de dir així al final".¹¹⁹ Senten que qui mira se sent superior a ells. Qui mira i de vegades parla o actua, forma part dels «normals», i té pes i valor social. La resta resten en inferioritat de condicions, són diferents i, per tant, susceptibles de ser tractats com tals. D'alguna manera, els «normals» se senten legitimats per exigir-los canviar, per demanar-los que s'acostin a la norma, per culpabilitzar-los per ser diferents, per demanar explicacions de per què s'han apartat de la norma i per imposar mesures perquè hi tornin: preventives, educatives, mèdiques o sancionadores, segons les circumstàncies de cada cas i el context històric i sociocultural. «O por la calle, o sí, sí, hay gente que se te giraba a mirarte o que, que, qué simpática que eres, pero qué lástima que estés tan gorda!! También, incluso personas mayores. Personas que, que ya no son de mi época. Te sientes diferente cuando son personas más mayores que tienen 40 y pico de años o 60 años, se supone que no tendrían que valorar tanto lo que es el físico, estaban en otra, en otra sociedad, sin embargo pues la gente de, del '80 hacia en adelante, sí que han sido el cuerpo danone, coca-cola light y tal y cual, y entonces, que no lo entiendan? Lo entiendes un poco más, pero una persona de 60 años que no mire, o sea que no mire más allá de lo que es un físico, pues no me entra en la cabeza, es que te dicen es que eres muy guapa pero qué lástima de... no, y tú... qué lástima tu que tienes gafas, o que yo qué sé! Es que no sabías cómo... a mí me han llegado a decir que si tenía hora, gorda... pues un rayo, es que no soy mujer para ti... luego te ibas a casa y te echabas a llorar, pero... es muy cruel, es muy cruel, hay mucho rechazo a la hora de hacer amistades, a la hora de tener relaciones personales, a la hora de encontrar trabajo...».¹²⁰

Les mirades pesen entre adolescents i joves, sobretot en espais públics com platges i piscines. Redueixen la persona a un cos gras, simbòlicament es minimitzen la resta de qualitats. El sentiment de rebuig pot augmentar quan les persones se n'adonen que es relaciona el seu físic amb la seva capacitat intel·lectual: «Home mira, ara mateix! M'he aprimat i me n'adono que doncs quan estàs més primet i visualment més agradable a la resta de la gent, doncs desgraciadament les teves paraules tenen una connotació que no tenien abans. Doncs perquè directament s'associa ser gras o ser obès una miqueta al teu nivell intel·lectual, quan no és correcte. És una associació totalment incorrecta, però es fa».¹²¹

119 Laura (34 anys).

120 Celia (28 anys).

121 Yvonne (33 anys).

Aquesta discriminació pot contenir, de vegades, algun element positiu, si s'associa als grassos la «simpatia» dels pícnic, que esmorteeix la discriminació negativa «Sí. O hi ha gent que dóna per suposat «Mira, aquesta és gorda, segur que és simpàtica!... No ho sé, perquè sí, perquè totes les que som gordetes normalment solem ser simpàtiques, potser és per això, perquè no volem... no vull que es fixin tant en mi ...»¹²².

Tots els testimonis consideren que ser gras avui és un problema i, depenent de les experiències individuals, es viu amb més inquietud o tranquil·litat. «És dur però es pot. S'ha de tenir un caràcter fort. Un pot ser gras i satisfet d'ell mateix, com jo mateix. I un pot ser guapo i gras, com jo mateix [somriu tot cofoi]. Tot i que he tingut algun acte discriminatori aïllat estic content amb mi mateix. Evidentment l'aparença no ho és tot. Jo tinc amics molt més grassos que jo i més igual, m'importen ells».¹²³ «No, perquè he lluitat molt per no sentir-me així. Perquè jo he fet un procés de lluita amb mi mateixa. A nivell psíquic i emocional, potser sí que m'he sentit així alguna vegada, però no perquè ningú t'ho digui, sinó perquè això és la convivència, és el dia a dia, que t'acaba reconduint a un estat psíquic, d'una manera o d'una altra. Però jo en aquest cas he lluitat molt per no sentir-me així. I, fins i tot, clar, et tornes més individualista, més... no sé si egocèntric, però com una miqueta... vas molt a la teva, clar... si però no hi ha interior, la gent en el primer en el que es fixa és en el cos i si posteriorment caus bé i, a més a més, si amb aquella persona, doncs t'hi avens, perfecte, però, la primera carta de presentació es el cos. I en qualsevol procés de coneixença de l'altra persona, primer és el físic lo que entra. Si tu arribes degradat amb un sobrepès, amb un esgotament psicològic i tot fa molt mal, per molt que siguis molt maco i tal, aquella persona si no és que està buscant una altra cosa és que no... No. Està clar que és un handicap realment».¹²⁴

Dins les famílies hi ha diferents nivells de pressió per fer aprimar els joves. «Ja és un segon handicap a nivell familiar, perquè a més constantment et volen reconduir, et volen corregir, et volen transformar. Clar el que ells haguessin volgut i... el que realment és. Tu tens una constitució i una realitat física, cosa que ells, que bueno, per molt que siguis la seva filla i t'estimen molt i tal, te n'adones, no que, el que haguessin volgut és una barbi, una princeseta, molt rosseta, una nina, allò doncs que es mou, que sembla que es tingui clar. Doncs això és el handicap realment».¹²⁵ Més enllà de les mirades esporàdiques als espais públics, no sentir-se acceptat dins el nucli familiar, tot i que és poc freqüent, pot encetar processos

122 Mònica (16 anys).

123 Carles (15 anys).

124 Yvonne (33 anys).

125 Yvonne (33 anys).

llargs i feixucs de patiment emocional: «la meva mare donava molta importància a l'aspecte físic. A mi m'ho ha fet passar canuto, ella diu que no però jo sí, m'ho ha fet passar molt malament ella. Ella tenia més complex de que jo estigués gorda que no jo! Jo sempre he sigut grassa, de menudeta m'he criat amb els meus avis, les ties i... m'alimentaven! I ma mare feia tot el possible per portar-me pel camí que havia d'anar, però jo... és la meva construcció i elles lluitaven per a que mengés de valent... Sí, no... jo... potser... jo també, a veure, a mesura que han anat passant els anys me n'he adonat que jo també tenia una mica de mania amb mi mateixa. Vivia més feliç, vivia d'una altra manera, i potser també al treballar al lloc on treballa, potser em mirava més, veia que les meves companyes eren totes primes... i jo era maja, i llavors potser m'ho vaig començar a mirar, però la base fonamental sempre ha sigut ma mare. Últimament m'ho havia posat molt al cap, tenia la sensació que tothom em mirava, ma mare la tenia sempre amb els ulls a sobre meu, potser era la sensació meva... i: "Amb lo guapa que ets, és que no sé què, és que et quedaria millor si t'aprimessis..." i això ho sentia tots els dies, tots els dies, tots els dies, tots els dies... i arriba un moment que... t'acaba matxacant»¹²⁶. Aquest testimoni, exemplifica el patiment i la pressió de moltes dones obeses.

En alguns casos la família detecta els sobrepès després d'una visita mèdica i, aconsellats per algun professional, inicien la reeducació alimentària. Altres, estan sobre avís perquè algú, generalment la mare, té experiència en relació al sobrepès, les dietes, etc. «Yo ya había hecho regímenes y me había gastado un montón de dinero, y teniendo en cuenta que mi madre también es obesa... mi madre, siempre y dieta, y la comida y tener cuidado, para que no cogiera, pero lo que pasa, que llega un momento en que se descontrola la situación, y yo llegué a pesar más que mi madre. Mi madre se plantó con 135, le hicieron (), una anilla en el estómago, perdió 20kg, luego recuperó 10, y empezó a devolver ya un poquito de sangre, luego la quitaron y le hicieron un *by-pass*, y se ha quedado con 85kg. Todo eso yo pesando 160, (a la pregunta de com vivia la situació) aaayy!! Qué pesadilla!! Todo el mundo me decía: —mira qué guapa se ha puesto tu madre, y tú qué? Que no sé qué, que no sé cuantos».¹²⁷ Per què la mare? De nou apareix la perspectiva de gènere. En primer lloc perquè és la que roman de forma majoritària a la llar i és la primera en veure els desajustaments. En segon lloc, és preocupada pel pes perquè és dona i té major pressió social. En aquest cas, la mare va patir un greu problema d'obesitat. Però no sempre és la mare, també el pare, la tieta, l'àvia... «Presión de mi padre toda la vida... Sí, sí mi padre siempre».¹²⁸ «Bueno, els meus avis i una tieta

126 Laura (34 anys).

127 Celia (28 anys).

128 José, (27anys).

que tinc més relació sempre, allò: «No mengis més... Sempre, sí»¹²⁹. Els arguments dels familiars per a que l'infant o el jove segueixin dietes s'acostumen a fonamentar en la salut però també en l'estètica. «Sí però no... a veure, els meus pares han fet un munt de coses perquè jo m'aprimi, és a dir, abans he anat a psicòlegs i un munt de coses i m'ho han hagut de pagar tot ells, i llavors ells sí que volen que m'aprimi, però no només per fora, diríem (es refereix a l'aspecte físic), sinó perquè en un futur, perquè d'aquí uns anys no tingui colesterol... (quan s'insisteix sobre l'aspecte físic): Sí, però no tant. Però per exemple anem a les botigues i de tota la roba jo no m'hi puc comprar res, llavors: «Mira, veus, si pensessis a l'hora de menjar això, doncs ara podries comprar-te això».¹³⁰

De vegades, que el jove faci dieta obliga a tota o a part de la família a canviar els hàbits alimentaris afegint-se a la dieta saludable que aconsellen els metges. Les dones incorporen la «necessitat» de fer-ho aprofitant que han de cuinar pels fills encara que la resta de familiars no estiguin d'acord. «La meva mare ha decidit fer dieta ella també i aprofitar el fet que jo la faci. Al que li costa més és al meu pare perquè ell treballa i arriba a casa amb una gana que es menja el que sigui. Abans de la dieta a casa menjàvem malament: no esmorzàvem perquè al matí em costa molt menjar just després que m'aixequi, ha de passar una hora. I per menjar sempre fa verdures, llegums, carn a la planxa. A casa no hi havia moltes patates fregides, etc. sinó que menjàvem normal. Ara bé, quan comences a sortir amb els amics ja no menges bé. A casa el menjar és normal, el que pot menjar qualsevol. Carn a la planxa, etc. Si t'he de dir la veritat, patates fregides fa molt temps que no en fa, perquè a ella li agraden més al forn i per fer-me-les per mi sola doncs no cal. El problema ve de menjar a fora».¹³¹

Una minoria de nois i noies no senten cap tipus de condicionament per part de la família, és un metge qui ho inicia: «L'aspecte físic no té importància dins la meva família. Quan el metge em va aconsellar d'anar-hi la meva família també hi va estar d'acord. Però no vaig anar al metge perquè m'ho digués la família, perquè em veiessin gras, sinó que al anar-hi per una altra cosa i haver d'anar al metge per aprimar-me hi van estar d'acord.»¹³²

La discriminació dels grassos comença de nen i en àmbits molt propers a la persona afectada. El procés de desvalorització social, de mica en mica, reverteix en la pròpia imatge retroalimentant-se en el decurs de tota la trajectòria vital i continua a l'escola i l'institut. Sempre s'ha dit que els nens són «cruels». Amb o

129 Mònica (16 anys).

130 Mònica (16 anys).

131 Montse (23 anys).

132 Carles (15 anys).

sense innocència i sense el filtre verbal i social dels adults. Estigmatitzen de forma directa, no cerquen eufemismes, deixen anar allò de: «que gordo estàs», «*fatty*», «vaca», «foca», «balena», etc.

L'educació primària sol ser el primer espai d'estigmatització, a banda dels pocs casos de la família. «En el colegio, porque los otros niños se metían conmigo, me pasé mucho tiempo así, pero solo fue en primaria, luego ya no. Mi vida normal empezó en la ESO. Se metía alguno conmigo pero no tanto... Sí, bueno, en primaria, en el colegio, como no podía correr, se burlaban. En primaria no tuve amigos. Ninguno.»¹³³ «Des de sempre!! Des de sempre! De petita, a classe, segons qui, ah! Gorda!! Sí, lo típic»¹³⁴ «normalmente es... siempre cuando eres pequeño siempre todo el mundo te dice, o sea... cuando estás en guardería dices, bueno, vale! El orejones, el gafotas, el gordo... y cuando eres pequeño dices, va! Da igual! No pasa nada! Pero cuando vas creciendo y te vas dando cuenta y dices uy!! Claro todos están bien y tú te ves y dices uy!! Aquí hay que empezar a cambiar, pero digamos que es cuando uno empieza a ser consciente del problema o... que sería, yo que sé, a partir de los... a partir de cuándo se empieza a salir con chicas».¹³⁵

Durant l'educació secundària la situació no millora. És un moment crític en el desenvolupament personal. Nois i noies comencen a relacionar-se, comença a despertar l'interès sexual i la importància de la imatge corporal augmenta de forma exponencial. Si bé amics i amigues acostumen a fer costat als nois i noies grassos, continuen actituds agressives i facècies de mal gust. S'afegeixen altres «informacions», més entre línies, que desperten totes les alertes. Se n'adonen que tot allò que els anaven dient des de petits: «estar gras no és bo» o millor «no està bé» té efectes relacionals, sobretot, quan cerquen parella. Els amics i les amigues que abans s'emparellen són els prims i les primes, els més guapos, diuen, els que més s'acosten al model estàndard. Ells i elles esperen un dia darrera un altre que algú es fixi amb ells. En un moment o altre de l'ESO nois i noies es senten discriminats i, fins i tot, vexats sense que els educadors semblin prendre mesures. «Quan estava a 1r d'ESO a l'institut. A mi de petit la meva mare sempre m'havia dit que no pegués a ningú perquè jo era més fort que als altres i si els hi donava un cop els hi podia fer molt mal. Llavors a l'institut es ficaven amb mi, però jo mai m'hi vaig tornar, i per tant, se'n seguien rient. Fins que un dia no vaig poder més i m'hi vaig tornar. Des de llavors no em van dir res més, em respectaven. Eren insults (relacionats amb què era gras) i em vaig rebotar per la continuïtat dels insults. Quan em vaig tornar em van expulsar, perquè li vaig tirar la cadira al damunt d'un noi, i li podia

133 Jonás (20 anys).

134 Catalina (26 anys).

135 Júlio (18 anys).

haver fet mal però no li vaig fer. Els professors sabien que se'n reien de mi i no van fer mai res, només expulsar-me quan jo m'hi vaig tornar. Hi havia una psicòloga a l'institut, però mai em va dir res ni jo a ella tampoc. A 2n d'ESO ja va anar normal com si no hagués passat res i es va acabar el problema de la discriminació»¹³⁶.

Algun dels testimonis relaciona la percepció d'un cert carisma amb l'aspecte físic. «A l'institut sí. A lo millor veus que un és més popular, hi ha gent que dius, però no sé, depèn de com caiguis a la persona... si t'accepten des d'un bon principi no s'hi fixen tant si estàs prim, estàs gras, no sé. Si caus malament de seguida et diuen: —eh! Tu estàs gras o prim, o —tu! Ets lleig o ets guapo, o no sé!». ¹³⁷ L'estigma marcat per la violència verbal dels companys s'incorpora negativament, explica la Silvia: «busquen algun defecte que tens tu per insultar-te. M'han insultat i em diuen: menges masses bocadillos i coses d'aquestes. O allò que quedem una nit per sopar, saps? i són les deu i em diuen: «Ara vens al ressopar...?», volen dir has menjat ja i vens altra cop a menjar. I diuen: «Ara ve l'estiu, et podries posar una mica a règim per poder posar-te el bikini, no veus que no t'entrarà?... També m'han escrit coses a la pissarra». ¹³⁸ Un altre exemple dels atacs discriminatoris a l'àmbit educatiu ens apropa a una noia que no es conforma quan es insultada i segregada de la vida social i planta cara amb resultats diferents. Tanmateix, aquesta actitud no conformista és viscuda com a anormal. Ella mateixa es defineix com un cas estrany per no acceptar la discriminació: «Es que yo soy un caso raro. La verdad es que soy un caso raro, porque siempre he tenido mucho coraje, vale? En cuanto más mal se ha puesto la situación, más me he picado y más me he enfrentado a ella, vale? En relaciones públicas, en el instituto cada año organizábamos un desfile, de modelos. Bueno, organizando y tal y cual, me viene un chico que quería salir, dos días antes del desfile. —No puedes salir, porque mira es que te falta una chica, una muchacha, una pareja, y sin pareja, no, pues no te dejan salir y tal, y ahora todas las chicas que se han querido apuntar ya se han apuntado, ya no vamos a encontrar a nadie. Tú espérate. Y fue a hablar con la miss Tarragona, que hace muchos años que vive en Bonavista y tal y cual, y le dijo que mira yo quiero salir en el desfile, y le dijo la chica es que no, no tienes compañera, y le dijo, la tengo allí, y me señaló a mí. Me dijo ella que yo iba a hacer el ridículo allí, con lo gorda que estaba y tal y cual que lo que yo iba a hacer era desprestigiar el... (aquí s'obvia un paràgraf que la informant ens demana que no transcrivim) el desfile! Con mi ropa, con mi talla, y hubo de todo! Hubo aplausos, y hubo gente que lo veía mal. Pero es que a mí me daba exactamente lo mismo. Es que me daba igual!!

136 David (15 anys).

137 Cèlia (26 anys).

138 Silvia (15 anys).

Y hay personas que no me hablaban y que ahora, después de haber perdido peso, de haberme operado y tal, que vienen a hablarme, y ahora soy yo la que no quiero saber nada. Personas... compañeras de estudios, personas que te has encontrado a lo largo de la vida que has visto que a lo mejor te has encontrado por la calle, que no te han dado una conversación, y, por miedo a las represalias de lo que diran, o de lo que pensarán, pues rápidamente, bueno que me voy, que no sé, que me tengo que ir que tal».¹³⁹

D'altres, però, expliquen que ells no han viscut la discriminació de manera directa però sí ho han vist en d'altres nois o noies «... si eres delgado haces muchas más cosas. ... te cogen para equipos (deportivos) ... sí que hay un poco de discriminación... pero yo no la he sentido en mí... aunque sí en otras personas. En el cole hay otros obesos... sí que he visto esta discriminación con un compañero del cole, sí se burlan mucho de él y me sabe mal por él pobrecillo... aunque algunos lo defienden... hay grupitos que se meten con él. Hay problemas por ese lado».¹⁴⁰ També hi ha qui, encara que minoritari, manifesta no haver patit mai cap menyspreu pel fet de ser gras. «Estic estudiant i treballant alhora, normalment sempre ho he fet així. Vaig anar a l'escola i a l'institut de Torreforta (perquè sóc d'allí) i mai vaig tenir problemes per ser obesa. Després vaig anar a la universitat a estudiar Empresarials, on tampoc he tingut cap problema».¹⁴¹

La desvalorització social no sembla disminuir en el trànsit de l'àmbit acadèmic al laboral. El treball i l'accés a la feina són un camp de mines. Fins i tot els més joves admeten o pronostiquen que la seva obesitat pot ser un entrebanc per trobar feina. En Jonàs¹⁴² ho explica quan la família li proposà aprimar-se «principalmente que por el trabajo, que tendría problemas con el trabajo, para encontrar trabajo». La posició dels parents està justificada: la majoria de joves en edat laboral descriuen discriminacions i injustícia, sobretot en la selecció «estava a l'atur i em van dir: "Ves que firmaràs el contracte, que estan conformes." Quan em van veure em van dir que no, que no era el model d'ells» diu la Irene¹⁴³ i no és un cas aïllat. El seu *currículum vitae* responia a allò que es demanava però no el seu cos gras. La Yvonne, llicenciada en història, creu que «a moltes entrevistes de feina el fet físic ha fet que jo no pogués finalitzar res en un procés d'èxit, no per un tema de preparació, ni de capacitat, sinó per un tema visual, ho tinc molt clar. Ho tinc molt clar, o sigui, tu dones una imatge, i bueno, segons a quina empresa vas a parar,

139 Cèlia (28 anys)

140 Jordi (16 anys).

141 Mercè (23 anys).

142 Jonàs (20 anys).

143 Irene (35 anys).

volen vendre una imatge, unes idees, una marca corporativa, i tu doncs, aquella marca corporativa, aquella persona que ve, en aquella empresa, o en aquella... pel que sigui doncs aquella persona vol que correspongui allò. Doncs pel tema visual, segons quin tipus de feines ja no funciona, és el que et deia, vaig estar en una empresa on el tema aquest era molt exagerat, però molt, molt, molt. És que fins que no ho veus no t'ho creus, sinó, no t'ho creus. De fet, clar, és impensable que pel teu físic arribis a una feina o una altra, però funciona així... Hem de demostrar el doble que els altres...»¹⁴⁴ i la Cèlia¹⁴⁵ ho troba «sí... es así de duro. Es una bomba de relojería. Una persona con 160kg es un montón de problemas. Un montón de problemas. O sea... de sólo físicamente... a ver, nos guste o no nos guste. En un cuarto de hora o 20 minutos que dura una entrevista, es lo primero que ves, el físico, y por mucho que tengas unos datos académicos ahí, ante una persona de 70kg, o una persona de 160kg, cuando el currículum es parecido. ¿Con quién te vas a quedar? Con la de 70kg, está claro». Conscientment o inconscient, estableix una relació proporcional entre quilos (o volum) i problemes que han aparegut a la majoria de testimonis: a més quilos, més problemes, menys bellesa, menys relacions, menys treball i més probabilitat de processos d'estigmatització i discriminació.

Els joves estan d'acord que empresaris o contractants es decideixen per la selecció d'una persona prima abans que per una grassa. Es potencia l'aspecte físic per davant de la trajectòria curricular. La discriminació sovint resta arrelada i naturalitzada dins els propis joves. Quan demanem en José si li sembla bé que agafessin abans a una persona prima que a una amb sobrepès contesta: «Por supuesto yo lo haría también. Claro...».¹⁴⁶ El següent cas és encara més contundent. «Y he llegado, o sea, me han llamado y por teléfono, casi me han asegurado que el puesto es mío, sin hacer la entrevista, y luego llegar a la entrevista y decirme que no cumplo el perfil. Señores, no cumplo el perfil, entonces por qué me han llamado? Han perdido ustedes el tiempo y me lo han hecho perder a mí. Porque yo normalmente los currículums los llevaba sin foto. (a la pregunta de l'entrevistadora de si eren llocs de treball de cara la públic) al público? No. Yo soy administrativa contable. Ah! Y, luego, de hecho, yo estudié en el Vidal y Barraqué, te estoy hablando de que tenía 19 años, y me especialicé en relaciones públicas, la psicología francesa me gustaba mucho y tal y a la semana de empezar una profesora llamó a mi madre y le dijo que me cambiara de rama puesto que no tenia cuerpo para trabajar de relaciones públicas. Una profesora, y yo llegué a decir, no sé si usted tiene razón o la tengo yo, por si acaso la tiene usted me cojo otra rama, entonces me cogí

144 Yvonne (33 anys).

145 Cèlia (28 anys).

146 José (27 anys).

contabilidad, y si no la tiene usted, razón, pues seguiré... las haré las dos a la vez. Y el primer contrato que tuve fue de relaciones públicas. Pero claro no me daba prácticas, no... a ver un relaciones públicas sí que está la típica mujer florero que está en los congresos tal y cual, pero luego está la interna, la que lleva todo lo que es la organización. Es decir, a ver, de relaciones públicas yo podía trabajar, no de cara al público, porque en la oficina dónde yo trabajaba tenían un traje de azafata de una talla 38, hombre, en verdad yo no me lo podía poner, no me entra, no voy a hacer el ridículo, pero sí lo que es la parte interna, lo que es, todo lo que es protocolo y tal y cual, yo perfectamente lo podía llevar, y yo me relaciono muy bien con la gente, tengo don de gentes, o sea. Quién es ella para decir, una persona que no me conoce, que no soy apta para trabajar».¹⁴⁷ Malgrat el seu rol reivindicatiu en relació al pes i el lloc de treball cal ressaltar com accepta de manera absolutament naturalitzada que si es dedica a les relacions públiques hauria de vestir una talla 38 i que convé més que estigui en llocs on no sigui gaire visible. És l'encarnació de la norma.

La minva de pes i volum afavoreix, sens dubte, les expectatives laborals: «Sí, sí. Mirem-ho des d'un punt de vista, si va una persona grassa a demanar feina, pel simple fet que ets grassa, encara que vagis ben arreglada o el que vulguis, primer li donaran a la prima, ja pots ser intel·ligent, culta, tenir gràcia, tot el que tu vulguis. Si alguna cosa li estic agraïda al meu jefe, agraïda tampoc però... sempre m'ha acceptat tal com sóc i sempre ha sigut una persona que mai ha mirat si una persona és guapa o fea, és un lloc que el que importa són els teus valors. Ara mateix, l'altre dia un senyor diu: «No t'agradaria treballar per a mi?», «Doncs no!», diu: «Oh, doncs per a les botigues meves tens bona presència!», dic: «Doncs ara no, potser anys enrere potser sí, però ara no, ja estic bé on estic.». Mai a la vida a aquell senyor se li hauria acudit quan estava grassa dir-me: «Vols treballar a la meva botiga?». I ara l'altre dia m'ho va dir, i li vaig dir: «Per què no m'ho deia cinc o sis anys abans?» Ara puc portar la roba de la botiga d'ell, ara puc portar... claro, abans no»¹⁴⁸.

D'altres relacionen les dificultats en l'àmbit laboral, no tant per qüestions d'imatge sinó amb la impossibilitat de fer feines que requereixen esforç: «pues yo creo que en el trabajo... en el trabajo, sí porque en lo demás, con los amigos no importa, ni en la familia... Por eso, porque como estoy gordo me canso enseguida... Bueno, aún no trabajo, pero este verano empezaré en un Garden y mi familia piensa que tendré que hacer esfuerzos pero no, porque en un Garden solo tengo

147 Cèlia (28 anys).

148 Laura (34 anys).

que hacer trasplantar plantas y cosas así, y eso no requiere esfuerzo». ¹⁴⁹ El noi no té cap mena de problema dins la família però aquesta li fa veure que el seu pes pot destorbar-l'ho en la cerca de treball.

Hi ha qui, malgrat una formació qualificada, explica les dificultats en el decurs de la seva carrera professional (un altre cop un caràcter extravertit i amable ha jugat al seu favor): «... realment sempre les activitats físiques, no sé perquè però sempre han sigut d'aquest tipus, mai he tingut la possibilitat de fer una feina més diferent o a un altre nivell, o d'una altra característica. I no sé si de vegades és per la imatge que dones (*d'amabilitat*) o per la sensació que dones fer alguna altra cosa... Atenció al públic la majoria de vegades. Atenció al client, atenció al públic, sempre sí, sí, en coses que implicaven () en coses que no, a primera línia, sí, sí... Jo penso que a tot arreu és important (en relació a la imatge corporal relacionada amb el pes). Sí, jo recordo haver treballat en una multinacional i recordo que les companyes que medien 1.90m i que eren quasi semi models, eren allò unes persones sortides d'una pel·lícula, tenien millors feines, millors possibilitats laborals, i millors tots, que no persones més normals, malgrat que no tenien millors estudis, eh? Doncs bé, la seva estètica els permetia estar a llocs en primera línia, que visualment, per donar una imatge, per donar un efecte òptic, que eren perfectes. Doncs, bueno, les demás com que eren més d'aquí, més morenetes, més normals, més plenetes i més tot, doncs no... a part que aquí doncs tenim una constitució, tenim unes caderes, una amplitud, una fortalesa, i aquesta fortalesa, doncs, fa que el que ens estan portant des de fora, és que no té res a veure!» Sense adonar-se'n la narrativa ens duu de nou al gènere. Parla d'una multinacional i cal pressuposar que hi haurà empleats homes i dones, però ella en canvi només refereix les dones: «les meves companyes de 1,90», «les d'aquí com érem més morenetes, més plenetes...». La discriminació s'accentua entre les dones, sotmeses a un 'l·listó d'imatge' més alt, i més difícil de superar, que els homes.

Davant d'aquesta situació hi ha actuacions concretes. A França els currículums s'han de presentar sense fotografia. Una mesura benvinguda ja que posa sobre la taula la discriminació laboral. Tanmateix, l'entrevista acaba sent determinant, de manera que l'aspecte físic pot esdevenir important en la darrera decisió. El que s'aconsegueix és arribar una mica més lluny en el procés de selecció. Una altra jove ens explica com el seu aspecte físic ha limitat els seu ascens professional i com això ha estat dit obertament pels seus caps. «No una, moltes, moltes vegades. Jo vaig estar treballant quatre anys en un supermercat, com a caixera, vaig agafar molta amistat amb la segona jefa i amb el jefe, vam encaixar molt bé. (...) al final vaig acabar fent d'ajudant a la segona jefa i el jefe sempre em deia: «És que si esti-

¹⁴⁹ Jonás (20 anys).

guessis més prima et podries quedar aquí com a segona jefa també. Si t'aprimessis, ja saps que ells volen noietes amb una imatge...».¹⁵⁰

Hi ha una minoria, però, que sembla que no s'ha trobat discriminada en el treball. «En les feines tampoc he tingut mai problemes. He treballat a Port Aventura, en un forn, de cambrera, feines de cara al públic i mai he tingut problemes. Ara estic en una oficina, però fins ara sempre havia estat de cara al públic i cap problema».¹⁵¹ Encara que algú intueix que no és que la percepció negativa no hi sigui, sinó que pot quedar amagada perquè amb l'edat les persones saben què és el que poden dir i què no d'una manera oberta. «Bueno, «estoy en ello», perquè estic en pràctiques, fa 3 anys que estic d'una oficina a l'altra. La relació amb els companys tampoc pot ser molt, perquè només faig substitucions. Però jo, per exemple, que vaig estar a Montuïri un any, pues molt bé. Però clar era gent major! No era això de dir, no ara farem un soparillo o això, no! Perquè tenien 50 anys i tu en tenies 20, saps? Però dinars o això sí!... sí! Jo és que a la feina no m'ha passat... a lo millor ho deuen pensar! No sé! Quan te veuen el primer cop, però no t'ho diran! Suposo! O, a mi, no m'ha passat! No sé, o perquè ets més gran o... no te diran... »¹⁵²

Un altre espai de discriminació habitual és el del lleure. Amics, companys d'activitats lúdiques i esportives són un bon observatori de la discriminació de les persones obeses o amb sobrepès. És l'àmbit més públic de les relacions humanes «faig moltes coses a la tarda, jugo a bàsquet, entreno nens petits i després a nedar o música»,¹⁵³ el més ampli per la multiplicitat i diversitat d'entorns i és on els nois i les noies viuen d'una manera més directa i intensa les actituds negatives. Està clar que és en l'àmbit de l'activitat física on s'apunten més obstacles, però no sempre és així: «feia el mateix que ara però em cansava més quan caminàvem, jugàvem o anàvem a la muntanya. A educació física a l'escola també em cansava més, però no vaig deixar de fer res per ser gras».¹⁵⁴ Hi ha joves grassos que fan esport regularment: «bueno, suposo que aquest any continuaré amb aquesta competició que estava ara, però suposo que l'any que ve ja aniré a alguna competició de categoria!».¹⁵⁵ En Pau assegura que: «quan estava gras no tenia impediments físics importants, feia el mateix però em costava més (pujant escales, etc). A nivell psíquic, social o afectiu no m'ha afectat en res».¹⁵⁶

150 Irene (35 anys).

151 Mercè (23 anys).

152 Catalina (26 anys).

153 Mònica (16 anys).

154 Carles (15 anys).

155 Marta (15 anys).

156 Pau (32 anys).

S'ha fet palès que la platja i exhibir el cos públicament intimida molt. Moltes vegades eviten gaudir d'aquest plaer compartit comú entre els joves. També aquí trobaríem diferències de gènere ja que són les noies «no sé, quan vas a la platja et miren com dient... hala!!»¹⁵⁷ les que més es resisteixen a mostrar el cos «Em! Home! Jo és que! Jo tinc molta vergonya! Però, no sé! Home, de vegades dic: Ai! Però no sé. Quan ets més petita potser sí, una mica. Per exemple, si anàvem amb l'escola a la platja o això sí que deia: —oi que jo tinc molta panxa!! No sé què!». ¹⁵⁸ En general els nois semblen menys afectats «vas a la playa y ves todas las barrigas ahí cervceras y dices tampoco pasa nada! Una más, no pasa nada! Pero sí, por ejemplo en la playa o vamos a salir y quedamos todos en una casa y los ves ahí a todos con el pantalón pitillo, embutidos, y tú piensas cómo me meta en un pantalón pitillo, voy a parecer ahí un chorizo de esos colgaos!! No!! Va ser que no!!, pero bueno».¹⁵⁹

El «shopping» marca també diferències. Anar de compres és, sovint, una experiència sinistra: «Quan anem a l'Eroski les meves amigues es compren roba, jo si em compro una vegada una samarreta perquè és més ampla, doncs ja és... uf! (A la pregunta de l'entrevistadora sobre si se sent incòmoda en aquesta situació respon:) Sí. Jo crec que a lo millor elles com que fa tants anys que em coneixen ja estan acostumades a veure'm, i a lo millor pensen aquí si que es pot comprar roba.»¹⁶⁰ Un altre testimoni: «Coaccionada. Me n'he cansat d'acompanyar les meves companyes a vestir-se i anar amb elles de compres, i entrar-les jo les robes als provadors! I en cap moment... dins de mi pensava: «Vaja, no poder-me posar aquestes robes!», o el que sigui, però en cap moment m'he sentit discriminada. He vist en alguna companya meva que ha patit més ella que jo quan ha anat amb mi de compres: «Mira, això no t'aniria bé?», «No!», «Emprova't això que potser t'anirà bé!», «Que no, que no m'anirà bé!», per no emportar-me jo una enrabiada».¹⁶¹ Les noies es culpabilitzen per no trobar la talla que cerquen o veure com les peces de roba no els cauen bé. Els nois, en canvi, deixen la decisió en mans de les mares i s'ho estalvien, malgrat que els neguiteja necessitar una XXL.

La Cèlia, una dona casada i amb fills, és un exemple de l'emergència de la utilització de les xarxes socials que ofereixen les noves tecnologies: «... A mí lo único que me da problemas en mi matrimonio es esa inseguridad. Yo necesitaría que a lo mejor mi marido me dijera “oye qué guapa estás”, o “qué tal”. Y el que no

157 Ariadna (21 anys).

158 Marta (15 anys).

159 Julio (18 anys).

160 Mònica (16 anys).

161 Laura (34 anys).

me lo diga, me aporta inseguridad, y si me aporta inseguridad pues... ya! ¿Sabes? Tienes problemas porque, claro él no es así, él no es de decirlo, pues, que yo lo necesito que me lo digan. Entonces eso hace que choques y que digas lo uno y lo otro y entonces pues llegas y coges y te pones y te haces un Facebook o pones algo en internet, y, y te diviertes viendo los comentarios que ponen...». Hi cerca una verbalització a la xarxa social molt relacionada amb la corporalitat que troba a faltar amb la seva parella. Però les noves tecnologies tampoc eviten la discriminació. Internet era un lloc de relació relativament anònim fins que Facebook, Twitter i altres xarxes socials obren espais més públics que mai i tendeixen a mostrar intimitats a nivells impensables anys enrere. Una intimitat oberta al món, un nou aparador on ensenyen tot allò que és bo —i no tant bo— d'ells mateixos, despullant-se —en ocasions de manera literal— davant els altres. I en aquest aparador el cos és troba en primer terme. El primer és la imatge personal en fotografies o vídeos: «Sí, alguna vegada m'he sentit discriminada. Per exemple, jo tinc una amiga que és la més amiga meva i que és molt guapa, i a més està prima, no està molt prima però està molt bé, i a vegades anem amb algú que no coneixem tant i a ella l'agreguen al Messenger i a mi no, i clar... I jo penso, bueno...».¹⁶² Les noies —també els nois en menor mesura— s'esforcen per mostrar-se atractives, seductores davant les càmeres, amagant sovint la seva edat per poder ser-hi presents, i no aprofundint gairebé gens en el que són dins del cos que mostren. En aquest entorn no caben els grassos. Poden arribar a no ser ni acceptats a formar-ne part.

Tanmateix, hi ha moments en que la comunitat virtual pot oferir cert suport: és el cas dels blogs específics per a persones obeses o el Facebook on hi ha llibertat d'expressió, precisament per ser la relació virtual «Sí, con eso lo que hago es... como... complementar mi vida, o sea mi vida de pareja. Mi marido es fantástico es un buen padre, es un buen marido, pero, bueno, como pareja es... me falta el que me diga o, pues qué guapa estás hoy, o... el que me haga sentir bien! Algo que nunca... quiero sentir qué es. Sí, necesito saberlo. Entonces bueno, como él no es así. Lo entiendo. Llevamos 10 años juntos, pues yo me he puesto en internet, y bueno allí te hacen comentarios de todo tipo. Después eso hace que te suba la autoestima. Y llegas a casa contenta y feliz. Y en el Facebook... porque nos hemos encontrado que hay gente que... bueno, no solamente en el sitio que tú propones, sino que hace su blog y que explica su vida, tanto si tiene mucho eso como si tiene poco, como si come, como si deja de comer, esas comunidades que se crean ahí, tipo pro anorexia, y bulimia, y la gente que explica, no esos blogs... esa, ese sufrimiento relacionado con la comida y con la imagen (), pero también está esa

162 Mònica (16 anys).

cuestión de buscar la aprobación, la... por un lado ver que hay más gente como tu, y por otro lado que hay gente que te, que te da ánimos, no? Un poco como lo que tú buscas en el Facebook, no?».¹⁶³

Cossos i gèneres

Quan parlem de gènere no podem oblidar que la producció cultural de la feminitat es fa mitjançant els ulls i el llenguatge dels homes (FOUCAULT, 1979: 138), ni que el model social de dona és *embodied* per dones i homes, el desig dels quals el retroalimenta. Hi ha consens en afirmar que noies i dones donen més importància al cos i a la imatge, però també a la salut, malgrat que durant l'adolescència no sigui la raó principal per prendre mesures. «Els homes no, no... no tenen consciència —diu una endocrinòloga—,¹⁶⁴ jo crec ni d'estètica, la majoria els és igual pesar quatre quilos més o quatre quilos menys, cosa que la dona no, quan veu que està a la perimenopausa i s'engreixa quatre quilos ja li molesta, es queixa, n'hi ha que no, també és veritat, però més dones que homes...».

El gènere té un pes important en la discriminació que afecta a les noies. Reben molta pressió social des de petites per tal de tenir un cos que s'acosti als canons establerts. Són les primeres en ser conduïdes per la família als professionals. Reben més «mirades» reprovadores. Els costa més trobar parella i feina. «Quan es busca parella sé que és important el físic, ja que si no estàs mínimament bé ho tens molt complicat».¹⁶⁵ Se senten més culpables i lluiten més i durant més temps per perdre pes.

De mica en mica, el nois també entren al cercle, posen de relleu el seu malestar respecte al cos. Alguns nois citen el desig de tenir una «tableta de xocolata» als abdominals, les dificultats entorn a la roba que van a comprar, els problemes per trobar parella i, altres, una sensació de malestar general. A la pregunta de si troben si hi ha diferència de gènere en relació al que podria ser el «problema» del pes, una informant diu: «No, trobo que ha de tenir el mateix problema un que l'altre. Jo crec que sí, el meu marit també era gras i ara, quan jo em vaig operar, ell va començar una dieta. El meu home ara està prim, ell també es veia que no estava a gust amb ell mateix i va dir: "Doncs ara com tu menges poc jo també menjaré com tu", i s'ha aprimat. Claro! (...) Ara està content, al menys està content! i ara

163 Cèlia (28 anys).

164 Lucía, endocrinòloga.

165 Laura (34 anys).

es pot anar mantenint, augmenta un parell de quilos i els torna a baixar, però està content, jo li dic: “Pateixes?”; diu: “No, no, estic content!”¹⁶⁶

La situació es complica, sobretot, quan es tracta de trobar parella. Mentre entre amics, un cop es coneixen, les relacions semblen ser corrents i disteses, si una persona amb sobrepès vol lligar tot esdevé més difícil «un va dir a una amiga meva: “Trobes que estic tan malament per anar amb ella?” Volent dir tan feo sóc... Com si jo fos... ves a saber què! Com si ell fos lo rei, per dir tan feo sóc per anar amb ella?»¹⁶⁷ i, de vegades, impossible. «Clar que jo crec que hi ha nivells, per exemple en amistat, si m'acceptes sa personalitat i tu me caus bé i jo te caic bé, de puta mare! I mos entenem perquè pensem lo mateix i ni me fixaré que tinguis o que pesis 10 o 20, però per ventura amb això de trobar parella, aquí canvia. Jo te dic, jo parella estable no n'he tingut mai, saps? Sí, rotllos o això, però... sí, jo trobo que costa més trobar, perquè lo primer que t'entra pels ulls és lo que hi ha, saps? Que després no te dic que coneixes un amic, cau bé, i després vale, saps? Però així des primer... no, trobo que no. És més mal de fer... jo, no sé, a lo millor se fixaran més amb una altra que estigui magra, o que... saps? No ho sé. Jo es primer vespre que surts, enrotllar-me amb un, m'ha passat súper poc, m'ha passat dos pics, saps? Amb altres pues sí, perquè ets amic o això, després, perquè te coneixen... vale! Però sa primera impressió, no! Ja te dic, dos pics, i tinc 26 anys! Jejeje!»¹⁶⁸ «En el fet de buscar parella o amics. En el meu cas no m'ha passat, però la gent és molt reàcia a fer amistat o a tenir relacions amb una persona grassa».¹⁶⁹ Tanmateix, troben parella i es casen encara que amb dificultats, patiment i complexos. «... estoy casada. Me casé con 140kg y tengo una familia, estoy casada. Me casé con 140kg, dices a ver es que! Mi marido, maravilloso!»¹⁷⁰

Els nois, ja s'ha assenyalat que amb una menor pressió que les noies, també són víctimes del problema de la greixor a les seves relacions. En Julià relaciona la seva posició vers les dones a partir de la pèrdua de pes: «Amb noies canvia molt, amb el tema noies canvia molt... potser es trist dir-ho però és així... amb el pes... jo vaig arribar a pesar 120 quilos... per aprimar-me vaig fer coses 'dures'... fa quasi un any... de l'estiu passat quan vaig començar a aprimar-me havia tingut una novia només... va durar una setmana... i a partir de llavors he estat amb 4 o 5 noies... amb una vaig estar sis mesos i amb una altra fins fa poc... 3 mesos... sí l'últim any ha

166 Laura (34 anys).

167 Silvia (15 anys).

168 Catalina (26 anys).

169 Mercè (23 anys).

170 Celia (28 anys).

estat un any mogut».¹⁷¹ Diversos autors (ESTEBAN, 2004; MORENO, 2005) escriuen sobre la promoció social i l'ascensió a nivell professional i de parella i la seva relació amb el pes. L'ascensió és inversament proporcional al pes acumulat, i això val per al món laboral i per cercar parella.

La desvalorització social i la discriminació afecten més a certes edats. La tendresa en la formació del caràcter i la immaduresa en la creació de la pròpia personalitat fa que els «atacs» personals tinguin en ells i elles un ressò diferent a la infantesa i a l'adolescència, «el primer recuerdo que tengo ahí en plan bestia que me recuerdo es no encontrar traje de la comunión. No encontraba un traje de los que me gustaban, de los que tienen con 9 años para la comunión, es aquello en plan más...».¹⁷²

Són els comentaris dels amics, companys i de les pròpies parelles els que fan patir: «Sí, l'adolescència... a veure... jo crec que dels quinze als vint-i-cinc anys és quan més et marca una cosa d'aquestes, perquè és quan comences a conèixer nois, a anar amb gent, veus a les teves amigues que es poden posar un cert tipus de roba, tu no, tu sempre has d'anar vestida amb un tipus de roba que no es vegi molt, si l'altra noia és més prima o... és la sensació que tu ets... i a vegades no, perquè me'n dono compte que pel carrer van noies molt grasses, molt grasses i porten al costat un noi! I sempre van amb nois! i dius: —Mira!»¹⁷³ «Quan són més joves són més honestos. Llavors quan passen l'adolescència crec que, es tornen una mica més falsos, no sé, jo crec que és això o, perquè es deixen influir més per la societat, o per les marques o per el que sigui. I, quan ets vell ja! Em sembla que et preocupes d'estar bé de salut i ja està! Jo crec que és a l'adolescència i quan ets jove perquè t'influeix l'entorn en el que estàs i ets, estàs més receptiu a les crítiques de la gent que no pas una altra cosa, no sé.»¹⁷⁴ «En fer-se més grans i arribar a l'edat adulta relativitzen més la importància del sobrepès en les relacions socials: «És en l'adolescència perquè és on la gent vol fer amics i si no estàs prim no es fixen en tu (i no entenc perquè és així). De més gran la gent presta més atenció al cos però per motius de salut, per fer esport, cuidar-se, etc.»¹⁷⁵

«Totes les edats són dolentes, l'obesitat a totes les edats és dolenta, totes. Ara jo tinc trenta cinc anys i fa quasi vint anys que estic doble, obesa, gorda, com vulguis dir-ho, gorda! És dur, molt dur, a mi més igual que tinguis trenta com quaranta com cinquanta, si estàs gorda estàs gorda. La persona gran, jo he cui-

171 Julià (16 anys).

172 Celia (28 anys).

173 Laura (34 anys).

174 Marta (15 anys).

175 Mercè (23 anys).

dat gent gran, si està malalta costa molt més de moure-la quan està obesa (...) és difícil tractar amb ella, perquè a part d'estar malalta i estar obesa encara té molt més mal caràcter. Perquè nosaltres sempre ens posem un caparazón, a mi que no em diguin que les obeses no tenim un caparazón i anem tragant, tragant, i un dia explotem, aquell dia... arriba un moment que ho tens que treure, la mala llet i tens que treure tot, i trobo que una persona gran... l'experiència també ha sigut molt dura i sent gorda tota la vida... deu ser molt més pesat. No ho sé, és el meu punt de vista... És que en l'adolescència jo no ho he pogut viure, no t'ho puc dir, però en l'edat que jo me vaig quedar... bueno, també era adolescent perquè tenia... quan em vaig engreixar tenia 18 anys, però com que ja estava casada, em vaig separar i tot, vulguis o no vulguis jo ja no era una adolescent, jo ja era una mare, ja tenia una família, ja no era el mateix, no pensava en la roba pensava en com passar el mes, la llet per la xiqueta, és diferent».¹⁷⁶

Entre els joves entrevistats no s'han trobat diferències de classe social o de nivell d'estudis «No crec que hi hagi diferència»,¹⁷⁷ «no crec que hi hagi cap grup de persones que donin més importància al cos que no pas altres, ni tampoc cap àmbit social on tingui més o menys importància».¹⁷⁸ Tot i que els nois i noies procedeixen d'escoles públiques i privades i de barris diferenciats les respostes han estat molt similars. De fet si es pregunta directament, ells i elles tampoc ho saben veure. «Yo creo que no, porque igual tienes los “pijos” de Barcelona que van al Dir que los “quillos” de Torreforta que con todos mis respetos a los unos y a los otros que también se están todo el día en el gimnasio, o sea que no creo que dependa de una clase social».¹⁷⁹ Sabem però, que la mostra escollida no ens permet sostenir aquesta afirmació. El fet d'haver tractat bàsicament joves diagnosticats que estaven seguint tractament a la xarxa assistencial pública ha condicionat el perfil sociodemogràfic dels entrevistats i, com es descriu a l'apartat metodològic, la majoria de nois i noies pertanyen a una classe mitja a mitja-baixa. Però que no aparegui no vol dir que no hi sigui. Bourdieu (1988) feia èmfasi en la classe social en els processos discriminatoris perquè el cos esdevé capital simbòlic circumscrit a la classe alta. Probablement per marcar la diferència en relació a la resta de classes que no poden assolir tractaments i dietes per manca de capacitat adquisitiva o altres raons. El greix ha deixat de ser un privilegi de les classes altes per diferenciar-se de

176 Irene (35 anys).

177 Mercè (23 anys).

178 Pau (32 anys).

179 Xavier (27 anys).

les baixes que passaven gana.¹⁸⁰ Ara les persones amb més recursos eviten devenir grasses i tenen al seu abast els mitjans per fer-ho.

Els mecanismes per afrontar la possibilitat del canvi sí que depenen, en bona part, dels recursos socioeconòmics. Molts descriuen les dificultats per arribar a la cirurgia, després de dietes, controls, especialistes, tractaments i teràpies improductives, tot havent patit l'efecte io-io durant anys fins arribar a l'obesitat mòrbida que sí permet una operació finançada per la seguretat social. Seguir algunes de les dietes és molt car i s'abandonen. Aquells que tenen més poder adquisitiu poden pagar el gimnàs o la clínica. «A veure, tots els àmbits socials fan referència al tema del cos, el problema és tenir uns bons recursos, per donar-li més importància o menys importància. Clar, les persones o alguns col·lectius, per exemple dones, que tenen més diners o més recursos, poden dedicar més hores al gimnàs, doncs, poden dedicar més hores a, bueno, a tractar-se, doncs a tractaments mèdics o a fer-se operacions determinades, o inclús anar a comprar, comprar-se el menjar més deshidratat, sense més sucre i menys... el que sigui, i doncs els permet cuidar-se més, cuidar-se a nivell com si fossin, vaja, astronautes, no? I, clar, les persones potser d'altres sectors socials, doncs es veuen més reconduïdes a la vida diària, i potser no poden cuidar-se a aquest nivell, malgrat se li doni importància, clar, tothom es vol veure guapo, es vol veure fantàstic, tothom, eh? En tots els sectors, en l'àmbit laboral, personal, acadèmic, a veure, és la cultura de l'estètica al 100%».¹⁸¹

Tot i que en la nostra recerca no hi diferències significatives entre els grups socials, les dades epidemiològiques relacionen les formes més greus d'obesitat amb classes socials més baixes. Una metgessa explica que a la Sanitat Pública té més casos d'obesitat greu que a la seva consulta privada, on atén gent amb un grau menor d'excés de pes. Disposar de menys recursos econòmics, tenir accés a uns o altres aliments, disposar de menys temps per realitzar l'activitat física o l'esport... conflueix en el procés de precarització. Quan la seguretat al lloc de feina és precària o hi ha dificultats per arribar a final de mes, tal vegada el cos esdevé menys rellevant i hom en té menys cura, vist ara més com eina de treball que com una altra cosa. Aquestes persones sovint han abandonat els estudis aviat i han entrat al mercat laboral més joves, endinsant-se en entorns socials amb una concepció del cos diferent a la de les classes socials més afavorides. Potser les motivacions estètiques tinguin menys valor quan més limitada és la situació de la persona. Si altres problemes més bàsics no estan solucionats, cuidar-se queda en un segon lloc.

180 Encara hi ha zones on estar gras està ben vist entre les classes benestants i es busca parella entre aquells qui tenen més quilos.

181 Yvonne (33 anys).

És possible defugir l'estigma a través de la mobilitat social, del que s'anomena l'ascensor social? Els nostres resultats ens apropen a la idea que no. En el pla intergeneracional no tenim dades, en l'intrageracional tampoc no hem vist que s'hi produeixi. Tenir estudis superiors no ha beneficiat el seu inseriment laboral i, en canvi, el seu pes sí que ha perjudicat el seu ascens. Alguns dels informants assenyalen com un fet traumàtic l'inici del procés que els ha portat a l'augment de pes (separació, pèrdua de capacitat adquisitiva, problemes amb els amics a l'escola, etc.).

En qualsevol cas, la desvalorització causada pel sobrepès i l'obesitat es perpetua en el decurs de la vida en tots els àmbits, tot penjant una etiqueta estigmatitzadora sobre les persones. Hem vist, però, alguns factors de risc també:

- Hi ha una edat on l'estigma pesa més: l'adolescència i la joventut.
- Hi ha un gènere que el pateix de manera més accentuada: les dones.
- Hi ha un entorn ambiental que dificulta l'ascens social: el laboral.
- Hi ha una classe social on s'agreuja la situació: la classe social baixa.

Així, doncs, només cal que sumem i obtinguem el perfil de la major víctima del lipofobisme: dona jove cercant feina i d'estatus social baix.

Estic malalt?

La medicalització de l'obesitat ha estat molt ràpida, tot i que no ha servit per «exculpar» a les persones obesas de ser-ho (GRACIA-ARNAIZ, 2011b). Al contrari, ha esdevingut una nova via per (re)significar els sentits del cos i de la malaltia. En convertir l'estar prim en un ideal no ja estètic sinó de salut, el cos gras esdevé malaltís. Aquí mostren dues mirades en relació l'obesitat i els obesos: aquella que procedeix dels professionals, que tendeix a acceptar el caràcter epidèmic de la malaltia i a veure els pacients com a víctimes d'una societat abundant però alhora com éssers incapaços de menjar saludablement, i aquella altra mirada que, a través de les narratives dels joves diagnosticats, reflecteix les seves experiències en relació a la grassor, els tractaments i l'atenció sanitària.

La visió dels professionals sanitaris

Malgrat el debat existent sobre si l'obesitat és o no una patologia (HESHKA i ALLISON, 2001), la majoria dels professionals sanitaris la consideren com a tal, acceptant el seu caràcter crònic i multifactorial. Els indicadors, com l'Índex de Quételet o l'IMC (Índex de Massa Corporal), serveixen per establir quin pes en funció de l'alçada d'una persona és saludable, malgrat que els seus llindars han patit diverses

modificacions en les darreres dècades i s'ha discutit àmpliament sobre els seus límits. La qüestió més rellevant per a la medicina és decidir a partir de quan l'excés de pes/grassa es converteix en malsà. La definició de l'obesitat s'ha fundat sobre una relació estadística epidemiològica entre IMC i patologia. El llindar crític perquè una persona sigui diagnosticada d'obesitat i, per tant, considerada malalta es situa en 30Kg/m².

Tanmateix, l'IMC no es refereix directament a la composició corporal, ni tan sols a la distribució de greix. Un *bodybuilder* pot tenir un índex de massa corporal superior a 30 i no ser obès, sinó està molt musculat. L'IMC classifica amb excés de pes persones molt corpulentes o musculades, que no tenen un excés de greix. Tampoc té en compte les característiques antropomètriques de les diferents ètnies. Masson (2004) considera que els diferents graus de l'IMC condueixen a crear categories artificials dins d'un mateix continuu. Una petita diferència pot desplaçar l'individu des d'un pes «normal» a un «sobrepès». Però adjudicar un nom o categoria no és neutre, ja que imposa una representació (MOSCOVICI, 1999), expressa diferències objectives de corpulència, i fa un judici sobre elles. Només una de les categories *normal* pot considerar-se positiva, les altres expressen *l'excés* o *l'insuficient*, són negatives i poden esdevenir un estigma (MASSON, 2004: 29). L'interès de l'IMC està en permetre estudis descriptius poblacionals, però és més limitat en el pla individual.¹⁸² Per això els professionals sanitaris també consideren imprescindible mesurar la circumferència de la cintura, segons ells, un bon mètode per definir l'obesitat abdominal i el risc de síndrome metabòlica i malaltia cardiovascular. «T'has de fixar en les dues coses, índex de massa i índex de cintura... Hi ha gent que té índex de massa corporal normal i cintura patològica».¹⁸³

Estar gras ha esdevingut sinònim d'estar malalt i molts professionals creuen que es tracta d'una *epidèmia*. La defineixen com a una malaltia crònica, i n'assenyalen els perills, sobretot físics, per a la salut: «Malaltia crònica, metabòlica, que es caracteritza per un augment de la grassa corporal i ve marcada per l'índex de massa corporal superior a 30, amb molta comorbiditat i molt risc cardiovascular»,¹⁸⁴ emprant una terminologia fisiològico-científica es diu que «un augment del teixit gras, no només del pes sinó del teixit gras... l'excés de pes és a expenses del teixit gras i no del muscular... a la llarga està associada a molta morbiditat... (HP Metge pediatria).¹⁸⁵

182 Durant el text hem optat en ocasions per fer servir les categories classificatòries de l'obesitat segons l'IMC, per molt arbitrari o no que sigui aquest indicador. Ho hem fet amb la finalitat de facilitar la comprensió.

183 Lucía, endocrinòloga HP.

184 Lucía, endocrinòloga HP.

185 Lluís, metge pediatra HP.

La problematització del pes pot generar en les persones obesas malestar, afavorir la seva discriminació i, fins i tot, agreujar la seva obesitat, «a la persona li fa crear malestar... ser obès és un estigma, no ho hauria de ser, però ho és... Les conseqüències mèdiques de l'excés de pes són importants, però les psicològiques... perquè la persona és un tot i si psicològicament no està bé, físicament no està bé.»¹⁸⁶ Malgrat la definició de l'obesitat com a patologia, «hi ha gent que et pensaries que té molta síndrome metabòlica, que hauria de ser hipertensa, diabètica i dislipèmica, i no té res... No sabem per què... s'està investigant molt sobre això, i no se sap per què. No és la gran majoria, però n'hi ha bastants».¹⁸⁷ Per això Alemany (2003: 47) reconeix que «tot just estem començant a conèixer els mecanismes de control de pes corporal, i l'única cosa clara és que es tracta d'un sistema complex, amb molts circuits de seguretat, que, almenys en el cas dels humans actuals, no estava preparat per a les condicions que imposa la vida moderna».

Si hi ha unanimitat entre professionals respecte a la definició de *l'obesitat* i la seva comorbiditat, els criteris en relació als riscos que pot comportar el *sobrepès* per a la salut no són els mateixos. L'*American Heart Association* considera que a més obesitat més risc. El risc moderat es donaria a partir d'un IMC de 30 (*obesitat grau I* segons l'OMS); en cas de sobrepès, el risc és baix o molt baix. Aleshores, per què quan es parla de xifres d'obesitat o de «pes preocupant» se sumen els percentatges de sobrepès i d'obesitat en lloc de separar-los? És el sobrepès un perill per a la salut? Estudis recents sobre la relació entre sobrepès, obesitat i augment de comorbiditat consideren que s'ha augmentat innecessàriament l'alarma respecte al sobrepès (FLEGAL *et alii*, 2005 i FLEGAL *et alii*, 2007; ROMERO *et alii*, 2006), i que associar sobrepès i obesitat pot donar com a resultat l'equiparació entre tots dos termes i fer que els problemes associats a l'obesitat es puguin extrapolar al sobrepès, amb l'augment de la preocupació pel pes i la recerca, a vegades exagerada, d'un cos prim (ALEMANY, 1996 i ALEMANY 2000; POULAIN, 2002).

Alemany (1996:198) indica que les oscil·lacions continues de pes tenen més potencial mòrbid que mantenir un pes estable, fins i tot en el cas de sobrepès o obesitat, «les persones que fan dietes permanentment, que perden pes però després el guanyen amb escreix, és a dir, l'efecte io-io... tenen més facilitat per convertir-se en obesos mòrbids que no pas una persona amb un sobrepès estable.»¹⁸⁸

Cal tractar un sobrepès estable? Uns diuen que «una persona amb sobrepès té més risc de tenir hipertensió, diabetis, dislipèmia... està claríssim que el sobre-

186 Cristina, psicòloga pediatra HP.

187 Lucía, endocrinòloga HP.

188 Lucía, endocrinòloga HP.

pès si no et cuides és un preàmbul»,¹⁸⁹ o que «El pes és una variable continua... A més sobrepès més risc»,¹⁹⁰ altres repliquen que si «està demostrada l'associació d'obesitat a algunes malalties com dislipèmies, diabetis, problemes articulars... en canvi en un sobrepès, en principi, l'associació no és tan directe... des que estem en això de la medicina basada en l'evidència, també hi ha coses que es donen per dites, que tampoc estan tan demostrades, vull dir, no tothom que té un sobrepès està malalt», i respecte a les persones que presenten sobrepès opina: «no sé si tampoc és molt convenient demonitzar a aquesta gent, en el sentit de fer-los entrar en una dinàmica de malaltia».¹⁹¹

La medicina considera que l'obesitat és resultat de causes biològiques. El debat se centra en la interacció entre aquests factors interns i els ambientals, i es considera que els mecanismes de control del pes corporal han estat desbordats per les condicions de la vida moderna (ALEMANY, 2003; BARBANY i FOZ, 2002; RUBIO *et alii*, 2007; TÉBAR *et alii*, 2003). Els professionals focalitzen la seva atenció en factors individuals de tipus comportamental, en allò que és observable, finalment en la noció d'*excés*. Potser pel seu desconeixement o la dificultat per abordar-los? Des de la biomedicina es parla del context sociocultural d'una manera indefinida, es fa referència a un «ambient obesogènic» com quelcom abstracte, complex, difícilment accessible. Però referir-se a l'entorn significa parlar de condicionaments econòmics, culturals i polítics, d'un capitalisme de consum que afecta a tot i a tots, de valors que fan prevaler l'individualisme i el consum, d'estructures familiars, particulars maneres d'entendre la salut, la malaltia i el cos, d'estratègies industrials per promocionar mercaderies (moda, cosmètica, fàrmacs, aliments...) (GRACIA-ARNAIZ *et alii*, 2005; GRACIA-ARNAIZ, 2007: 240). Però tot això queda en segon pla respecte a la rellevància de la dimensió biològica (MENÉNDEZ, 2005: 47-49). Malgrat que fan referència a una etiologia multicausal, els resulta difícil articular els seus coneixements amb processos complexos lligats a factors socioculturals (GRACIA-ARNAIZ i COMELLES, 2007: 30).¹⁹²

Pensar l'obesitat com a patologia permet abordar-la individualment i culpar l'obès del seu problema, tot i que de vegades es planteja com a conseqüència de la seva constitució, «sempre hi ha el component de desequilibri entre la despesa energètica i el que consumeixes... El que passa és que hi ha gent prima que també té aquest desequilibri, i per què no s'engreixen? Probablement hi ha un component genètic, sí, però no ho sabem mesurar... i si a més a més altres factors poden

189 Lucía, endocrinòloga HP.

190 Lluís, metge pediatra HP

191 Joan, metge nutrició CP.

192 La traducció és de l'autor.

influir en el desenvolupament de l'obesitat».¹⁹³ Sovint es fa referència a menjar massa i a ser sedentari: «es un augment del poder calòric de la dieta i una disminució de l'activitat física, tenim mitjans de desplaçament, tenim transport públic, tenim mòbils, comunicació per Internet, clar, tot això fa que la gent no camini... Jo crec que els hàbits alimentaris s'adquireixen a la família, lo que hi ha quan obres la nevera... la forma de guisar... de comprar... la persona que cuina influeix en el pes de tota la família»,¹⁹⁴ cosa que exculpa de la seva causalitat als agents socials, econòmics o polítics. Entre les causes que els clínics consideren decisives estan la ingesta excessiva i l'activitat física insuficient, «l'obès és una persona que pateix una desproporció entre el que ingereix i el que gasta. Una persona que ingereix el màxim i gasta el mínim».¹⁹⁵ Malgrat que alguns citen l'entorn, no descriuen ni analitzen l'excés com a producte de l'estructura social i cultural. La manera hegemònica d'analitzar l'obesitat se centra en l'individu, en les conductes personals, i en dinàmiques intrafamiliars. «Depèn de tres factors, un és la pròpia persona, que és el que marca tota la diferència, és a dir, la seva forma de funcionar. La segona és dependent de la ingesta, per tant, de les calories, i la tercera dependent del gasto de calories... una de les causes és perquè tenim a l'abast el menjar, perquè la gent que no té a l'abast el menjar, evidentment, no té obesitat. I... per què mengem més o per què no ens sentim saciats? Ho has d'anar a buscar en altres factors, factors genètics o, fins i tot, factors socials o ambientals, o factors psicològics... ansietat.»¹⁹⁶ Tenir un «metabolisme, els hàbits de vida... perquè els hàbits són familiars»,¹⁹⁷ «potser són hàbits... hàbits erronis... és un fracàs com a societat... el que es busca sempre en els obesos és un canvi d'actitud... Però la vida és una mica com tu te la muntas i com te l'enfoques.»¹⁹⁸ Mancats d'eines teòriques i metodològiques metges, psicòlegs i nutricionistes es refugien en conceptes insubstancials com l'estil de vida «inadequat», en front del «saludable» o amb llocs comuns derivats del més comú dels sentits, «ser actiu, no ser sedentari, menjar fruites, menjar verdures, no abusar de greixos, no abusar dels sucres simple. Això és un estil de vida saludable»,¹⁹⁹ En els quals ressona el concepte de *diatei* hipocràtica però sense la seva complexitat, «alimentació, exercici físic... la societat on vivim».²⁰⁰ Quina societat?,

193 Lucía, endocrinòloga HP.

194 Joan, metge nutrició CP.

195 Clàudia, metge endocrinòloga HP.

196 Gabriel, metge obesitat CP.

197 Cristina, psicòloga pediatra HP.

198 Lluís, metge pediatra HP.

199 Lluís, metge pediatra HP.

200 Cristina, psicòloga pediatra HP.

«ara no es té temps, és molt més fàcil fer un fregit, la vida com està muntada és difícil cuidar-se, tot va cap a precuinats i dieta ràpida».²⁰¹

Pels metges l'obesitat mòrbida es deu a que els pacients no són capaços de controlar els seus impulsos, s'abandonen. La malaltia és el producte de l'excés en el menjar, en la pràctica constant de dietes, o de moure's poc. Ningú parla de causes genètiques o metabòliques: «Arribar a obès mòrbid no és una qüestió de patologia, sinó una continuació d'obesitat, de moure's poc, d'estar acostumats a menjar molt.»²⁰² sempre l'excés perquè «probablement perquè no posen remei abans, perquè hi ha gent que es deixa i s'abandona i els quilos van pujant... però segurament s'hagués pogut fer alguna cosa abans... O són gent que es passen la vida fent dietes súper ràpides... la deixes i en puges vint més... es desesperen i al final abandonen: —He provat mil dietes i no em funciona cap! —No és que no funcioni, sinó que no les fas bé!».²⁰³

Els professionals consideren els obesos transgressors de normes dietètiques i culturals —sempre l'excés—, víctimes de la societat de «l'abundància» i de la seva deixadesa. Per a bastants d'ells l'obesitat és una malaltia poc «atractiva». Aquesta actitud negativa té un fort component cultural i pot estar influïda pel convenciment que és difícil de tractar (FOZ, 2004: 17; POULAIN, 2001: 394) «Mai havia pensat en fer obesitat, ara que hi sóc... m'interessa. Quasi ningú es forma en l'especialitat d'endocrinologia pensant que acabaran aprimant gent grassa, perquè l'obesitat és una malaltia molt poc popular entre els endocrinòlegs ja que no hi ha medicació efectiva i l'èxit terapèutic és baix».²⁰⁴ Malgrat la seva suposada neutralitat, sovint recriminen la conducta dels pacients obesos per les seves dimensions morals (ALEMANY, 1996: 48; MENÉNDEZ, 1996: 35; POULAIN, 2001: 394; TORO, 1996: 173; TURÓN-GIL, 1997: 248).

La *medicalització de l'excés* té a veure amb criteris morals. Si la religió condemna la *golafreteria* com un pecat, els metges han convertit el pecat en patologia (COMELLES, 2011). La medicalització allibera l'obès de les mirades recriminatòries i moralitzadores, golafre irresponsable, que menja desenfrenadament i no té control sobre si mateix, per fer-lo un malalt, o en risc de ser-ho, a qui cal ajudar. Però pot també justificar científicament estar prim —dins de certs límits com sabem pels TCA—, i considerar que es pot evitar menjant bé i fent activitat física. Poulain (2001: 398 i 400) adverteix que la biomedicina ha de ser conscient del paper de «gran estigmatitzador» que pot tenir.

201 Lucía, endocrinòloga HP.

202 Clàudia, endocrinòloga HP.

203 Lucía, endocrinòloga HP.

204 Clàudia, endocrinòloga HP.

A la majoria dels joves que acudeixen a consultes no els preocupa gaire, o gens, la salut, «vénen pel tema estètic... Jo crec que és el que marca, és a dir, la salut la veuen com una cosa molt llunyana».²⁰⁵ Són joves i, «a una noia de 20 anys no li expliquis si quan tindrà 60 anys tindrà pressió als genolls. El que vol és posar-se el texans que porta la seva amiga i que ella no es pot posar».²⁰⁶ «Els hi preocupa el cos i el seu aspecte estètic... el problema és completament estètic». Després, sorprenentment, afegeix: «No preguntem per què es volen aprimar. Partim de la base que es volen aprimar, que és el que ens interessa, els tractem i prou... és cert que si poguéssim saber el perquè es volen aprimar ho aconseguiríem abans... no tens temps per aprofundir tal i com tocaria».²⁰⁷

Alguns no volen reconèixer que els preocupa la estètica: «... d'entrada et diuen que no, però moltes vegades es preocupen més del que realment manifesten... Estan tan discriminats o han rebut tants insults o tantes bromes que han fet una cuirassa i es pensen que estan bé, però si comences a rascar veus que no s'agraden».²⁰⁸

La majoria va a la consulta per voluntat pròpia, però alguns, sobretot els adolescents, per decisió del pares, o indicació mèdica. Als primers els preocupa l'aspecte físic i les mares empenyen a fills i filles a aprimar-se. «Hi ha dos perfils. Hi ha la noia que la veus que és una noia que té un aspecte físic més cuidat (aquesta ve per voluntat pròpia) i veus la típica noia, a l'inrevés, que la seva mare voldria que tingués un aspecte més cuidat i la noia la veus que no té problemes d'aquest tipus, de consideracions estètiques, i la mare la porta doncs perquè li fa patir que la nena amb 20 anys es preocupi tan poc per el seu aspecte físic».²⁰⁹ Els professionals coincideixen amb els joves que les noies estan més preocupades pel pes que no pas els nois: «... suposo que és perquè socialment un home obès no està tan mal vist com una dona obesa. Un nen obès els pares et diuen que és un nen que creix fort»²¹⁰.

Els joves en tractament són, majoritàriament, de classe social mitjana. Tanmateix, una de les professionals diu que no és perquè l'obesitat es relacioni més amb aquesta classe social, sinó perquè «estem a la seguretat social». Possiblement, a la consulta privada també hi ha obesos de classe social més alta. Les persones de classe social mitja-baixa no fan tractament perquè, segons ella, els manca temps:

205 Joan, metge nutrició CP.

206 Joan, metge nutrició CP.

207 Clàudia, endocrinòloga HP.

208 Lluís, metge pediatria HP.

209 Joan, metge nutrició CP.

210 Lluís, metge pediatria HP.

«...treballen moltes hores i no poden fer tants menjars... és més fàcil fer qualsevol cosa ràpida encara que no sigui saludable».²¹¹

Molts arriben a la consulta havent fet esforços previs per aprimar-se. «La gent t'acudeix als 20 anys quan ja ha fet 26 dietes dels 15 als 20... veuen que alguna cosa no els funciona, intenten posar-se en mans d'una persona que els dirigeixi el tema de l'aprimament»²¹². Les «dietes ràpides» que segueixen alguns, o les pràctiques en determinats centres (no mèdics), no tenen en compte la història clínica del pacient, i això pot suposar un problema per a la seva salut. «Els joves, sobretot les noies, vénen perquè volen provar altres coses que no han fet... normalment ja estan tips de provar dietes... dietes molt restrictives... amb pèrdua de pes molt ràpida, de uns deu quilos mensuals, que és perfecte perquè és el que ells volen, però la deixen i automàticament en guanyen quinze.»²¹³ La inadequació d'aquestes pràctiques i els pobres resultats les fan desaconsellables: «jo no els dono suport ni una mínima part... mengen el coco a la gent... no tenen en compte cap malaltia... jo dic el que nosaltres patim, gent amb problemes de tiroides, gent amb diabetis tipus 1 que van amb insulina, jo vaig tenir el cas d'una noia que li vaig prohibir... no serveix de res, simplement per prendre els quartos a la gent».²¹⁴ A vegades, joves normals també volen aprimar-se, sobretot a les consultes privades, «se l'intenta convèncer que el pes que té és completament correcte... això normalment no els arriba a convèncer perquè quan ells vénen és que ja han fet la seva anàlisi... es pot, fins i tot, negociar... o li dius... t'has equivocat... sempre intentes buscar alteracions en la percepció de la seva imatge corporal per si s'ha de fer un altre tipus de tractament o derivar a un altre professional».²¹⁵

Dins el sistema públic, les persones amb sobrepès o obesitat poden fer diferents itineraris entre l'atenció primària, la consulta especialitzada hospitalària (sovint endocrinologia) i l'hospitalització, «la gent pot no tenir diners per altres coses, però compra els medicaments... Això ens indica que busquen solucions ràpides i còmodes, mentre que la dieta... Critico durament la prescripció de medicaments per la baixa efectivitat i l'elevat cost que suposen...».²¹⁶

Els pacients de consulta privada tenen un perfil diferent: «No són tan obesos... Els privats són classe social més alta», i malgrat que els criteris d'intervenció són els mateixos, el volum de pacients que rep la xarxa pública no els permet fer el mateix: «a la privada els pots seguir més sovint, a l'hospital és més limitat... el

211 Clàudia, endocrinòloga HP.

212 Joan, metge nutrició CP.

213 Lucía, endocrinòloga HP.

214 Lucía, endocrinòloga HP.

215 Joan, metge nutrició CP.

216 Clàudia, endocrinòloga HP.

problema és que no som prou gent per visitar... llavors, és clar, estàs més limitat... el que fem, degut a les condicions en les que estem a l'hospital, és donar l'alta i seguiment pel metge de capçalera... A la privada el que intento és aguantar més temps per fer una dieta de manteniment».²¹⁷

Insisteixen en la rellevància de fer «educació, dieta, exercici... introduïm fàrmacs si convé, o valorem cirurgia bariàtrica... és una dieta sana, equilibrada... de per vida... un canvi d'hàbits alimentaris... s'intenta adequar la dieta al malalt... és molt difícil... La gent que vol perdre pes ràpid se'n va... o volen fàrmacs d'entrada i llavors nosaltres en segons quins IMC en fàrmacs no entrem... Fins als divuit anys o més no iniciem tractaments (fàrmacs), després en funció del cas... Tenim armes farmacològiques però no són innòcues». Encara que molts pacients demanen pastilles per reduir la sensació de gana «... i la dieta que la faci un altre!» (HP Metge endocrinòloga1). Els metges insisteixen en la necessitat d'educar nutricionalment la població «intensem incidir en modificar el patró d'activitat física i l'hàbit alimentari... El que es busca sempre en els obesos és el canvi d'actitud»,²¹⁸ i prefereixen parlar «d'hàbits saludables i després... acceptar-nos tal com som... intentes fer el tractament integral... La paraula dieta intensem no utilitzar-la, sinó alimentació saludable...»

«La primera fase del tractament sempre és la mateixa, la combinació d'una dieta equilibrada baixa en greixos i fer exercici... amb l'objectiu de canviar hàbits... accessible per a tota la família i perdurable en el temps... Al parlar d'exercici sentén caminar una estona cada dia i moure's gradualment».²¹⁹ De fet, tampoc es tracta de fer dietes estrictes sinó de menjar de tot, a condició de respectar certs límits i normes, cosa que, possiblement, és més efectiva a llarg termini, però suposa pel pacient acceptar perdre quilos lentament. També creuen important implicar la família per aconseguir bons resultats. Molts dels joves ens han explicat que a casa seva tots procuren menjar el mateix. En general la família intenta adoptar els nous «hàbits alimentaris».

Els clínics són contraris a l'ús de fàrmacs per poc efectius, cars, doncs no estant finançats per la sanitat pública i, sobretot, pels efectes secundaris. D'altra banda, la cirurgia és un procediment molt més agressiu i intenta aportar una solució a pacients amb obesitat mòrbida, quan altres tractaments estan desaconsellats o han resultat ineficaços. L'aplicació del baló intragàstic és molt més limitada «pot estar indicada en una obesitat, no en una obesitat mòrbida ni un sobrepès».²²⁰ La

217 Lucía, endocrinòloga HP.

218 Lluís, metge pediatra HP.

219 Clàudia, endocrinòloga HP.

220 Gabriel, metge obesitat CP.

col·locació del baló implica també seguir una dieta, i molts pacients tornen a recuperar pes poc després de retirar-lo. Només es col·loca en centres privats, doncs no està finançat per la sanitat pública. Els hospitals públics només l'aconsellen en obesitats mòrbides per reduir pes abans de la cirurgia bariàtrica i disminuir riscos associats a la intervenció; no està indicat en persones joves, ni en gent gran i nens. Metges i infermeres citen a dietistes i psicòlegs, que intenten adaptar l'alimentació «als gustos i els hàbits familiars... donar una pauta no funciona, està claríssim que no funciona». Reconeixen que «el canvi d'hàbits és molt difícil»²²¹. Estimen que el suport psicològic pot ser beneficiós per a alguns pacients. Només la psicòloga considera interessant la col·laboració dels treballadors socials.

El tractament de l'obesitat és difícil i els resultats sovint decebedors, tant per als obesos com per als professionals. Molts dels protocols terapèutics fracassen i, encara que alguns redueixen pes, els resultats a llarg termini són pobres. Malgrat que molts professionals intenten personalitzar les dietes, es limiten a insistir en tipus d'aliments (sense greix, pobres en hidrats de carboni simples...), en el seu repartiment al llarg del dia, en la manera de cuinar... i no consideren els aspectes emocionals o socials amb els quals estan vinculats. Les mesures, correctes des del punt de vista nutricional, no tenen en compte la complexitat de l'alimentació humana. La salut és només un, entre molts, dels seus condicionants, però el discurs biomèdic el redueix a la funció nutritiva i ignora els aspectes socials i culturals que la condicionen. Contreras i Gracia-Arnaiz (2006), creuen que canviar la manera d'alimentar-se implica canviar de forma de vida, quelcom difícil o, fins i tot, impossible, malgrat que estigui en joc la salut.

Els clínics atribueixen el fracàs terapèutic a l'actitud del pacient i a la *non-compliance* de les prescripcions, oblidant que l'origen de l'obesitat no rau només en conductes personals, sinó en factors biològics o de l'entorn que escapen al control del pacient. Les referències a la manca de voluntat són constants, i permeten al clínic eludir la seva responsabilitat en el fracàs «el problema és que no són capaços de complir les recomanacions, no tenen voluntat... L'èxit terapèutic és molt baix... És una especialitat molt poc agraïda... la majoria de gent que ve a la consulta no està gens disposada a esforçar-se».²²² La interpretació dels metges s'alinea amb el concepte de *non-compliance* «és una batalla contínua... moltes vegades... a la desesperada! I la gent... s'entén en part que tinguin dificultat... però... les dietes estan allà per fer-les, i no per fer la dieta io-io... Jo crec que la gent no és conscient, la força de voluntat és una cosa que s'ha perdut»,²²³ d'altres matisen que «un fracàs en

221 Cristina, psicòloga pediatra HP.

222 Clàudia, endocrinòloga HP.

223 Lucía, endocrinòloga HP.

el tractament sempre és quan tu poses un tractament i no funciona». Si el pacient «no vol»..., això és un fracàs del tractament o una manca de conscienciació?». ²²⁴

Alguns reconeixen la dificultat pel pacient de seguir el tractament «la voluntat és molt, molt... quan un té gana, doncs ja se sap... és difícil... si tinguéssim una medicació fàcil per treure la gana... o començar a tenir el concepte d'una valoració global del pacient, que és el que s'ha de fer sempre, a veure quin problema té d'ansietat, quin... problemes familiars o socials o econòmics», ²²⁵ i per això cal «una relació terapèutica... de confiança... Jo el que veig des de la meva experiència és que vénen sentint-se culpables, ells s'esperen que els culpis d'alguna cosa... no tenen cap culpa...» i sovint els adolescents quan «veuen que van baixant de pes, ara no vinc a aquesta visita, ara tampoc... ja no tornen. Però quan augmenten de pes tornen a venir.»

Molts pacients «no vénen perquè els dona vergonya que els digues: Què ha passat que t'has engreixat?» ²²⁶ Sovint abandonen el tractament: «comencen donant-me justificacions del perquè no ho han complert, normalment excuses que no s'aguanten per enlloc.» ²²⁷. «El que falla més a la consulta si no ha fet les coses és el pacient jove. La gent gran s'atreveix més a venir... nosaltres li diem què ha de fer, lògicament si són visites continuades i el malalt mai ho fa, al final alta... Però els joves no, no tornen» ²²⁸. O el metge «de fet a la consulta donem d'alta a bastants malalts perquè no s'adhereixen al tractament... dius: —A veure, explica una mica el que estàs fent—, i ... no saben res del que els has dit... doncs és absurd continuar. És una despesa de recursos innecessària». ²²⁹

La transcendència sanitària de l'obesitat i les dificultats del seu tractament empenyen als professionals a posar en marxa estratègies que pretenen invertir la tendència ascendent de la prevalença d'obesitat. La prevenció esdevé *una necessitat*, especialment en la població infanto-juvenil, «súper important, però començar des de petits... Dieta i exercici... a tota la població». ²³⁰ De nou, s'insisteix en l'activitat física i en educar nutricionalment «Sí... a nivell educacional i des de molt petits», ²³¹ i consideren que s'ha de fer a les escoles: «És fonamental perquè... les epidèmies la única solució són les vacunes, i una bona vacuna per a l'obesitat és,

224 Lluís, metge pediatra HP.

225 Gabriel, metge obesitat CP.

226 Cristina, psicòloga pediatra HP.

227 Clàudia, endocrinòloga HP.

228 Lucía, endocrinòloga HP.

229 Lluís, metge pediatra HP.

230 Lucía, endocrinòloga HP.

231 Gabriel, metge obesitat CP.

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... L'educació sanitària s'ha de fer a les escoles... aprendre a menjar... i educació en hàbits de vida saludables».²³² La insistència en l'escola esdevé la panacea sense alternatives, «s'hauria d'ensenyar a la gent quins són els hàbits saludables... Com s'ha de canviar el xip de la població? Doncs suposo que educant-la. I on s'ha d'educar i no s'educa? A les escoles».²³³

Si bé hi ha certa unanimitat «home, s'han d'analitzar amb temps, jo crec que sí... alguna efectivitat tindran... No podem esperar resultats tan aviat»,²³⁴ l'opinió sobre els resultats obtinguts fins aquest moment no és unànime, «no serveixen, jo crec que no ha canviat res».²³⁵ «Està molt bé que intentin implicar els diversos factors socials en la prevenció de l'obesitat... que els diumenges estiguin obertes les pistes d'esport dels col·legis... que als menjadors escolars es fomenti la ingesta de fruites... que als col·legis hagin tret les màquines de bolleria i de refrescos. Això sí que ens ajuda! Sí, i tant que s'estan fent coses! I que seran efectives, segurament».²³⁶

Probablement, els protocols terapèutics, i de prevenció, tal i com estan enfocats, són insuficients i imprecisos. L'èxit de les mesures encaminades a canviar hàbits alimentaris, o «estils de vida» no està garantit. Les solucions es limiten a l'educació i aprenentatge alimentaris. La primera és difícil de discutir, però què és exactament el que cal aprendre, per qui, com i per què? Poulain (2001: 401) creu que la pregunta «com canviar els hàbits alimentaris?» potser no està ben plantejada. Caldria respondre a «Quina és la naturalesa del comportament alimentari?», per poder plantejar «Com afavorir el desenvolupament de pràctiques apropiades per a uns individus determinats, en una societat i en un moment concrets?» Contreras (2009) considera que el «diagnòstic és insuficient». La població està ben informada en relació al que es considera una alimentació saludable, i respecte als perills del sedentarisme, però no n'hi ha prou perquè hi hagi «canvis permanents en els estils de vida». Per què els programes de prevenció no plantegen canvis en l'entorn socioeconòmic, mentre que es potencien els dirigits als individus? Per què s'insta a la població a modificar hàbits alimentaris inadequats i no es proposen mesures eficaces per canviar el sistema que afavoreix l'emergència de malalties? Per què no s'eviten les llargues jornades laborals i/o formatives sedentàries? Per què s'ha deixat llençar al mercat productes alimentaris de dubtosa qualitat nutri-

232 Joan, metge nutrició CP.

233 Lluís, metge pediatria HP.

234 Joan, metge nutrició CP.

235 Lucía, endocrinòloga HP.

236 Lluís, metge pediatria HP.

cional? (GRACIA-ARNAIZ, 2007). Qualsevol proposta de canvi hauria de contestar aquests interrogants.

No es fa perquè l'actual model de promoció de la salut emfatitza la comunicació unidireccional i creu que és suficient per canviar la vida de la població. Consideren passius i inexperts als grups socials, i la seves conductes conseqüència de manca d'informació i independents de les condicions socioeconòmiques i culturals en què viuen. «Es tracta d'una aplicació acrítica del prototip biomèdic característic de la comunicació clínica al terreny de la promoció de salut i a la implementació de polítiques sanitàries, de tal forma que la població assumeix la posició del pacient i el professional l'estatus de terapeuta... La majoria de crítiques a aquest model se centren en la seva ineficàcia per estimular la participació ciutadana i per capacitar o enfortir els grups socials en matèria de salut» (MARTÍNEZ, 2008: 176-184).²³⁷ El problema és que aquest model de promoció de la salut ja va ser posat en qüestió als anys cinquanta al *Centro Experimentale di Educazione Sanitaria* de Perugia, on es van formar una part significativa dels experts catalans i espanyols als anys setanta i vuitanta. Allí s'insistia en que mentre les variables socioculturals continuïn a la perifèria en la interpretació i la comprensió de qualsevol problema de salut, no s'incorporin als programes de prevenció i atenció, i mentre no s'estableixi una relació dialògica, difícilment s'aconseguirà entendre la realitat de qualsevol problema.

La concepció encarnada de l'obesitat: la visió dels joves obesos

Les noies estan més preocupades pel seu pes que els nois per raons d'estètica o de salut. Aquesta preocupació varia en funció de la seva edat i el seu pes. Les més joves (adolescents-joves) dubten de la seva natura «jo penso que és una malaltia... potser sí, però no és una malaltia psicològica com les altres (es refereix a bulímia i anorèxia), bueno a vegades sí, però és que no ho sé...».²³⁸ Els preocupa l'estètica: «Lo de fora, l'aspecte físic».²³⁹

La majoria de les més grans (joves-adultes) sí creuen en «l'obesitat malaltia». Algunes, malgrat estar grasses, diuen que es troben bé, però que si no vigilen el pes «... pot arribar a ser una malaltia... però... jo no m'ho veig com una enfermetat... Si no ho hagués frenat... sí que seria ja més enfermetat, no?»²⁴⁰ i «...si no

237 La traducció és de l'autor.

238 Mònica (16 anys).

239 Silvia (15 anys).

240 Ariadna (21 anys).

t'ho cuides a la llarga passa factura»²⁴¹ o «malalta en el meu cas no, però tocada sí, tocada sí, clar».²⁴² Les que tenen més consciència d'estar malaltes són les que ja tenen complicacions associades «jo vull sentir-me bé, anar a passejar i no ofegar-me, vull anar per tot i no sentir-me que ara estic cansada, que no sé que tinc...», i afegeix, en relació al tema de l'estètica: «Home, clar que sí que vols estar millor, però sobretot és més la part de la malaltia»,²⁴³ doncs algunes expliquen que «al pujar escales.. em canso més... Caminant... ho noto si vaig parlant, perquè em falta aire...»²⁴⁴. Aquestes, en canvi, no estan preocupades per l'estètica, i només una reconeix que va ser el motiu per tractar-se «estic gorda i punto!», i «jo sempre ho feia pagar a la salut (*abans del by-pass gàstric*)... però veig que el primordial era l'estètic, me'n dono compte cada dia més», però «s'hauria de mirar més per la salut, és lo principal, crec que l'obesitat porta problemes».²⁴⁵

Els nois semblen menys preocupats. Per a ells l'obesitat és un estat físic més que una malaltia, «un estat físic que si segueix es pot convertir en malaltia», malgrat que afirmen que els preocupa més la salut que l'estètica: «... ho faig per motius de salut, no per estètica».²⁴⁶ Només un va decidir tractar-se per estètica. «L'obesitat és un estat més que no pas una malaltia... Em preocupa aprimar-me per motius de salut, no pas per qüestions estètiques». No s'observen diferències ni per edat ni per pes.

Les raons per explicar l'excés de pes són diverses, fan valer les dimensions socials i estructurals, els estils de vida «inadequats»: «Et vas deixant, vas engreixant... sí, és culpa nostra... clar que sí que és nostre, no mengis!»²⁴⁷ Molts han assumit la seva responsabilitat, encara que «Lo mío 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 alimenticios no es que comas mucho, es que comes mal... Yo ahora como fatal!»²⁴⁸ «... de genètica algo hi deu haver, però no tot!... jo és falta de voluntat... de ser constant. Mira que jo en moltes coses sóc súper constant, però amb això no! Jo ho reconec».²⁴⁹ L'ansietat, «... la culpa és meva perquè sóc jo la que em compro coses... no menjo per gana moltes

241 Mercè (23 anys).

242 Yvonne (33 anys).

243 Irene (35 anys).

244 Mercè (23 anys).

245 Laura (34 anys).

246 Jordi (16 anys), Pau (32 anys) i Julià (16 anys).

247 Irene (35 anys).

248 Cèlia (28 anys).

249 Catalina (26 anys).

vegades, menjo per ansietat. És allò de... ara ja no ve d'aquí!... a vegades penso que l'únic que faig que m'agrada realment a la vida és menjar»²⁵⁰ o l'entorn, independentment de la seva edat o gènere «... fruit de no haver fet esforç o d'haver-me descuidat, que controlant el que menjo i fent esport es pot canviar».²⁵¹

La idea que l'obesitat rau en conductes personals i que molts joves i adolescents mengen malament, piquen entre hores i s'afarten d'*snacks* o brioixeria, podria estar darrera d'aquest sentiment de culpa. Però no tots es consideren culpables. Alguns estan en desacord amb la visió que hom té de l'obès com un golafre sedentari, «pensen que tu no saps cuidar-te, que ets tu que no saps menjar, ets tu que menges massa, ets tu que piques entre hores... i això és mentida... perquè l'estress 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... vaig en bicicleta, vaig a caminar pel carrer, faig natació... em costa moltíssim perdre pes, molt, molt, molt!!»²⁵² Molts assumeixen la culpa, en part, de la seva obesitat, però també parlen de l'entorn: «jo sempre havia estat molt esportiu, feia atletisme. Llavors ho vaig haver de deixar per motius de feina i estudis... Vaig començar a guanyar quilos... la meua feina no ajuda gaire... estic tot el dia assegut».²⁵³

Citen la manera de viure a les societats industrialitzades, la manca de temps i els ritmes i horaris de treball o d'estudi, o els pressuposts domèstics que influeixen en les eleccions alimentàries: «... l'alimentació va reconduïda per uns factors econòmics... si tu tens una economia... pots comprar diferent que si tu tens un pressupost més petit... 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... si tu no pots invertir uns diners, doncs també va en contra teva».²⁵⁴ Això els empeny a consumir aliments «ràpids». «És que és tot!... sa feina, arribes i te fas qualsevol cosa súper ràpida i per amunt! Saps?... jo dono sa culpa també a sa feina, a sa manera de viure».²⁵⁵ Precisen poca o cap elaboració, omplen més, són més calòrics, i acostumen a ser més econòmics «los padres cada vez trabajamos más, vale? Porqué las hipotecas se han puesto muy mal... Entonces te acostumbras a comer mal, comidas rápidas... no se come tan sano como se comía antes y cada vez la obesidad... es muy difícil».²⁵⁶

250 Mònica (16 anys).

251 Pau (32 anys).

252 Yvonne (33 anys).

253 Pau (32 anys).

254 Yvonne (33 anys).

255 Catalina (26 anys).

256 Cèlia (28 anys).

Els joves-adults són més crítics i els més preocupats per la manca de temps, tenen més obligacions familiars i més dificultats per conciliar-les amb els horaris laborals. Reconeixen que el menjar és un recurs per disminuir tensions, «en una situación que estoy más tranquila pues soy capaz de mirarme más por la comida, de llevar todos los aspectos de mi vida más tranquila... pero llega un momento... he tenido varios picos de estrés... todo es por el trabajo... llega un punto que estoy en el trabajo, pues 13 horas, y quiero salir, y morirme en un McDonald's... da igual, digo McDonald's como podría decir... comerme una paella ¿Por qué? Porque lo necesito. Porque disfruto con eso, porque para mí la comida es totalmente un acto de socialización... para mí es como la liberación. Pues llegar, ponerme en el sofá y comer un paquete de patatas tranquilamente mientras estoy viendo la tele... es mi momento, y además ¡no controlo!... ya que estoy aquí puteada todo el día, pues ahora me bajo y me compro una hamburguesa en el Frankfurt porque sí, porque yo quiero, porque ya doy suficiente como para encima tener que comer una lechuga ¡Pues no!»²⁵⁷

La idealització del cos prim i la definició mèdica de l'obesitat són motivacions poderoses contra l'excés de pes. Estar a dieta de manera permanent (*dieting*) és norma en moltes persones, independentment del seu pes, legitimada científicament pels metges i pel propi mercat. El discurs biomèdic esdevé un sistema normatiu de referència, però no escapa a les representacions culturals i, a desgrat seu, alimenta la pressió contra l'obesitat i la idealització del cos prim. Però l'obesitat és també un problema amb implicacions econòmiques. Les prescripcions mèdiques s'han vist potenciades per un mercat, que es beneficia de la preocupació de la població pel pes corporal i ofereix productes i serveis destinats a controlar-lo (aliments i begudes *light*, productes farmacèutics i cosmètics pro-aprimament, centres mèdico-estètics, consultes, centres d'esport...). Les ofertes comercials són cada cop més sofisticades i els joves, i població, es troben sovint indefensos davant les seves estratègies. Es complementen amb la divulgació sanitària que pretén donar major credibilitat al producte i aconseguir la confiança dels consumidors (GRACIA-ARNAIZ, 1996: 117, 193-204 i 2008:366). El més preocupant és que aquest fenomen, d'una extraordinària amplitud, és contemplat com normal, racional, i legítima estratègies dirigides a reduir pes que, lluny de ser saludables, poden ser negatives per a la salut.

La mercantilització de la medicalització ha contribuït a problematitzar els cossos normals i a crear una visió negativa de l'obesitat i el sobrepès. Rebutjats per tenir un cos poc atractiu, molts joves, especialment noies, inicien un llarg i tortuós camí, que saben quan comença però mai quan ni on acaba. Reconstruir aquests

²⁵⁷ Mireia (26 anys).

itineraris i les experiències d'alguns d'aquest joves, ajuda a entendre l'impacte que la pressió social contra l'obesitat pot tenir en la trajectòria vital de les persones que intenten baixar l'excés de pes. Reconstruir-los permet també conèixer per què escullen determinades pràctiques, quins resultat obtenen i com els valoren.

L'inici de les pràctiques per reduir el pes corporal va precedir, sovint, del desig d'aprimar-se de manera ràpida. Els joves recorren principalment a dietes prescrites per professionals o autoimposades, que en un temps curt permeten perdre pes: «les dietes que havia fet no eren per metges de la seguretat social, sinó dietistes o nutricionistes que treballaven a X (centre privat)... acompanyades de medicaments naturals... perdia pes molt ràpidament, però de la mateixa manera que es perd molt ràpid, es recupera igual de ràpid...»²⁵⁸ És fàcil fer-ho amb dietes hipocalòriques més o menys «ortodoxes», «... al principi... mires dietes, i mires coses per fer i un dia depures menjant poma... síndria, que si el llibre del Dr. aquell famós, la dieta del Dr. tal... però entres en uns cercles alimentaris dolents, negatius que no serveixen de res... alguna vegada unes herbes, allò típic que posen diürètica, que tampoc serveix de res...»,²⁵⁹ però els resultats a llarg termini són dolents «has estado haciendo dietas toda la vida... perdí diez kilos con mucho sacrificio durante seis meses y en el momento que la dejas coges veinte».²⁶⁰ Això els porta a reiniciar la dieta o a provar-ne de noves «allò... no era dieta, era no menjar... una amiga que no sé d'on ho va treure. I ho vaig provar, però... tot un dia fruita, lo següent era menjar peix i una cosa... amb tomata tot triturat, no valia res allò... em vaig aprimar vuit quilos en una setmana... vaig recuperar... no em va servir de res».²⁶¹

El *dieting* esdevé un «estat» permanent. Sovint es repeteix més d'una vegada i provoca l'anomenat efecte «io-io». Les dietes s'acompanyen de productes naturals, gotes i píldores que, suposadament, ajuden a baixar pes. «Dietes a mogollón... sempre controlades per dietistes o per un metge (homeòpata), molt bé... però quan vaig deixar la dieta i... unes gotes... en va fer un còctel... no tenia ni idea del que prenia.» Després: «... allò que la farmacèutica... et fa una dieta personalitzada... i amb algun producte de la farmàcia doncs et vas aprimant. També funcionava... fins que va deixar de funcionar. NH va ser la última dieta, vaig perdre molt bé dotze o tretze quilos i... em fa un efecte rebot... Si n'he fet de dietes, mare meva! Tota la vida així!... 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».²⁶²

258 Mercè (23 anys).

259 Yvonne (33 anys).

260 Cèlia (28 anys).

261 Silvia (15 anys).

262 Laura (34 anys).

Alguns busquen solucions a Internet, doncs permet preservar millor la intimitat: «Lo de Internet sí, sí que m'he dedicat a mirar tot! A calcular el meu sobrepès, a calcular aquelles famoses fórmules (es refereix a l'IMC)... 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... i vas fent i desfent. I en aquest fent i desfent és on tu estàs jugant amb foc».²⁶³

El *dieting*, sovint sense control mèdic, i els fracassos porten als joves i als seus pares a qüestionar la seva validesa i intentar sortir del cercle de pèrdua-recuperació de pes. En alguns casos la successió de fases de control i de recuperació determinen veritables carreres per assolir el pes desitjat. El sentiment d'haver-ho intentat tot sense aconseguir baixar de pes augmenta l'angoixa i la manca de confiança. Molts consulten professionals perquè els reorientin i els ajudin a «fer-ho bé», inicien el seu recorregut per la xarxa privada, extensa i més fàcil d'accedir, però els seus tractaments poden ser més llargs i més cars. Les solucions ràpides que ofereixen alguns d'aquests centres (no tots) estan sovint lluny de la realitat, i alguns se senten decebuts o enganyats, «inverteixes uns 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 veient 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».²⁶⁴ Els fracassos repetits i el desig de trobar solucions més eficaces i barates: «mi primera opción fue ir al privado, pero claro, ahora mismo y con dos niños no puedo asumir el coste de la operación... así que seguridad social... espero que no se demore mucho, tengo muchas ganas»,²⁶⁵ els duu a la sanitat pública. La Yvonne va acudir al seu metge «sempre acompanyat d'una dietista que em va pesar i... primer em va fer explicar-li ben bé què és el que menjava realment. I a partir del que jo menjava va dir... ara ho farem d'aquesta manera. Llavors és quan realment aprens a menjar... em va donar unes pautes de comportament, no una dieta... em va reconduir l'alimentació... llavors és quan el meu cos, mica en mica... ha reaccionat. També és veritat que va acompanyada d'una medicació».²⁶⁶ Existeix, també, la idea que el seguiment és més estricte, «L'agost passat vaig decidir anar al metge (hospital públic) perquè m'havia engreixat... necessitava ajuda... Tinc la sensació que és la primera vegada que em miren bé. Després em va enviar a la dietista... M'ensenya a menjar millor, i em va

263 Yvonne (33 anys).

264 Irene (35 anys).

265 Estela (28 anys).

266 Yvonne (33 anys).

preguntar com menjava i quina vida feia... i sense cap pastilla».²⁶⁷ En aquests centres hi ha més pressió assistencial i si no compleixen amb el tractament els donen l'alta. Això els «obliga» a ser més constants a l'hora de seguir les pautes, cosa que molts consideren positiva «... al final después de dos años en los que lo he intentado todo, primero me puse un balón y al tiempo dos, y conseguí bajar algo de peso mientras lo llevaba, pero luego fueron de fácil recuperación, me he decidido a ir al médico de la seguridad social... a ver si soy candidata a la cirugía».²⁶⁸ La seva duració depèn de la situació del pacient i de la pressió de les llistes d'espera, en aquests moments força plenes. Per això les visites acostumen a ser més espaciades.

La dificultat que suposa una pèrdua de pes mantinguda i la sensació d'haver de controlar l'alimentació de manera indefinida, resulta especialment angoixant per a molts obesos, que a més se senten culpables del fracàs: «Has de tenir molta força de voluntat per fer règims i tot això! Jo ho reconec, me falta força de voluntat!... tots els endocrins et treuen el paperet de l'armari... la mateixa per a tothom! I això no va bé!... tu necessites una dieta per a tu...». Els horaris de feina dificulten el seguiment de la dieta i a la consulta: «m'han dit: —no es excusa tienes que sacar 10 minutos... —i jo, val, sí, sí, lo que tu diguis... però... jo no puc dir a la una amb l'oficina plena de gent, espera que me'n vaig a dinar!...»²⁶⁹

Per alguns joves-adults amb obesitat mòrbida la cirurgia bariàtrica és la darrera possibilitat i, malgrat les pors, molts «desitgen» operar-se. La Irene està pendent d'un *by-pass gàstric*: «Jo si tingués diners aquesta operació me l'hagués fet pagant, però val molts diners, en la seguretat social porto tres anys i pico en llista d'espera...». Afegeix que «necesito fer aquest pas, és un pas dur, pesat, molt pesat! Tinc temor, clar, pensar que igual entres i igual no surts! Veus? (*li salten les llàgrimes*)... si em moro, ja m'enterraran, però deixeu-me provar-ho!»²⁷⁰ La majoria han estat intervinguts o estan esperant fer-ho a la pública. «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 yo ya más no puedo seguir... Al final me hicieron la reducción de estómago... es muy difícil que lleguéis a entender cuando no habéis sufrido todo esto... prefería quedarme en la mesa de quirófano a seguir viviendo así».²⁷¹

Les llistes d'espera públiques per a la intervenció quirúrgica són molt llargues: entre dos i quatre anys. Els que s'ho poden permetre: «Estoy harta de hacer

267 Mercè (23 anys).

268 Beatriu (29 anys).

269 Catalina (26 anys).

270 Irene (35 anys).

271 Cèlia (28 anys).

dieta y luego recuperar lo perdido!... me decidí a operarme... va a ser por lo privado, porqué en seguridad social hay una lista interminable». ²⁷² «Em vaig fer un by-pass gàstric... Preferia morir-me que no pas continuar la meva vida així...» i va anar «Perfecte! Ho havia d'haver fet abans!» ²⁷³ Va operar-se a una clínica privada doncs, malgrat que estava molt obesa, no arribava al pes requerit per fer la cirurgia a la sanitat pública. Al centre privat van accedir a operar-la perquè estava molt angixada i la intervenció va ser immediata.

Entre els joves la salut no és l'única motivació que determina el que mengem, compten preferències, horaris de treball, qüestions econòmiques, normes socials o de comensalitat i el plaer «potser si et fiquessin dins una casa només donant-te el menjar aquell, fent el que has de fer, un règim, unes... potser sí t'aprimaries, però tal com està la societat això no pots fer-ho...» ²⁷⁴ Sovint el jove obès se sent cansat de tant control: «Si uno quiere hacer dieta se tiene que quedar encerrado en una cueva! Y no relacionarse con nadie... porqué si sales, algo picas, y se ha jodido todo!... Luego te arrepientes a lo mejor de habértelo comido, y dices, no es que 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». ²⁷⁵ Caure en temptacions o desitjos comporta frustració o culpabilitat. Una gran majoria dels joves que hem entrevistat reconeixen que els costa molt seguir la dieta: «M'agradaria més controlar-me, de dir que no, que no... perquè de vegades... i això fa que després surti el sentiment de culpabilitat, perquè jo sabia que estava malament, però ho he fet», ²⁷⁶ i això significa que «... com veig que 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... sempre hauré d'estar a règim, doncs em desanimo i em canso i... quan ja ha passat un temps, no ho puc aguantar (*se li humitegen els ulls*)». ²⁷⁷

La sensació de frustració, d'impotència pot conduir alguns a solucions dràstiques. La Mònica explica que «Hi havia una noia al cole que estava una mica gordeta i en un estiu... va arribar al cole súper prima... després... va estar internada per bulímia, i llavors jo al veure-la a ella vaig pensar: —Mira ella, amb res, mira

272 Mireia (26 anys).

273 Laura (34 anys).

274 Irene (35 anys).

275 Cèlia (28 anys).

276 Ariadna (21 anys).

277 Mònica (16 anys).

que prima que està, doncs jo podria fer el mateix. El que passa és que després no m'hi veig». ²⁷⁸

Molts joves creuen que el suport professional és important: «Fa que un també sigui més constant en el seu esforç», ²⁷⁹ per seguir endavant amb el tractament, «Por lo menos dices que me está controlando, y me siento en la obligación de tener que perder al menos 100g, no vaya a ser que... me va pegar la bronca la dietista... Que corte si voy y peso más, no?» ²⁸⁰ i el haver de «passar comptes» facilita l'autodisciplina: «El tema de fer dietes i tot... si no va acompanyat d'una persona que et 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». ²⁸¹ La Mònica quan s'engreixa «em fa vergonya!... perquè si em renyen... els dies abans d'anar-hi m'ho controlo més perquè sinó... no ho trobo malament, tampoc em renyen gaire... és culpa meva» i a vegades pensa que «al final em diran: —torna d'aquí a un temps quan estiguis..., perquè, és clar, jo estic allà que podria estar altra gent i estic jo i no faig res». Però «... després del metge sempre surto animada: —Vinga! Ara ho he de fer!». ²⁸²

Malgrat les dificultats i haver de «passar comptes», la majoria se senten satisfets, «en general són molt educats, no et sents una merda al costat d'ells», ²⁸³ els atenen sempre els mateixos professionals i els valoren «yo no he tenido nunca problemas... sí que son un poco estrictos... sí que negociamos... siempre me he sentido bien», ²⁸⁴ i afegeixen que «intenten posar-se al teu lloc», ²⁸⁵ també tenen bona opinió de les institucions, «estic molt content del tractament rebut a l'hospital, l'atenció molt bé i molt propera». ²⁸⁶ Tanmateix, «els de l'antiga escola sí que són: —oiga usted!!!, però els metges actuals si vas una setmana, i vas la següent i no peses el que has de pesar... queda en evidència que no has fet ni cas... no cal que et diguin res... però clar ells t'ho diuen: —ves amb compte que és una mica perillós... no volem que se't compliqui el tema... Fa uns anys era diferent... es donava menys importància... et deien això no ho podràs canviar, és la teva constitució... ara en canvi... hi ha més cultura en aquest aspecte... Estic molt contenta... per a mi

278 Mònica (16 anys).

279 Pau (32 anys).

280 Julio (18 anys).

281 Yvonne (33 anys).

282 Mònica (16 anys).

283 Irene (35 anys).

284 Carles (15 anys).

285 Jordi (16 anys).

286 Pau (32 anys).

ha sigut mitja vida!»²⁸⁷ En canvi, el Julià, tot i que reconeix que «... m'han tractat bé...», opina que «potser en aquell moment el que necessitava no era que em diguessin que ho estàs fent malament, sinó dir-me com fer-ho... també és veritat que em felicitaven quan m'aprimava... però quan m'havia engreixat em deien coses... que eren molts quilos en tan poc temps o coses... i t'avergonyeixen... sense ganes (intenció)... però no és conscient de que ja sents vergonya del teu cos... t'ho diu perquè t'ho té que dir... però no et sents del tot bé tampoc...»²⁸⁸

La Cèlia en canvi és molt crítica amb el tracte tant al sector públic com al privat. El primer «passa» del pacient obès i dels seus problemes, al segon només hi ha interessos econòmics: «yo simplemente para según qué médicos, para según qué médicos, eh? he sido una fuente de ingresos, punto! Ni más ni menos! (*es refereix a l'àmbit privat*). En el público pasan!... te mete la pajarraca porque no habías perdido nada o habías engordado... luego él se iba... la que se quedaba con los problemas eras tú. Y los otros pagando decían, bueno, si engordas más tiempo de estar aquí, más dinero para nosotros»²⁸⁹

En general les opinions dels joves sobre les iniciatives de les administracions per prevenir l'obesitat són diverses i, malgrat que alguns les creuen positives «no ho trobo malament... potser perquè estic obesa i ara ho veig»,²⁹⁰ agafen certa distància al respecte, «no sé... nos la hicieron este año y creo que nos la tendrían que hacer mucho antes... Que había que comer de todo, cinco veces al día... bueno, lo de siempre... porque eso la gente ya lo sabe. Tendrían que ser una cosa más... no sé!»,²⁹¹ o simplement no ho tenen clar «no crec que perquè els governs facin plans i iniciatives la gent deixi de ser obesa o mengi diferent. Potser sí que si tens informació de petit pots canviar... De totes maneres... aquesta informació ja la tenim des de petits... Els pares ja ens ensenyen tot això... però qui vol escolta i agafa els consells i si no»,²⁹² o pensen que és «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 miqueta que la gent mengi bé... que comencin a menjar bé des de petits, que era com ho feien abans les àvies, amb verdures, peix, carn i s'ha de menjar de tot...!»²⁹³

287 Yvonne (33 anys).

288 Julià (16 anys).

289 Cèlia (28 anys).

290 Irene (35 anys).

291 Charo (15 anys).

292 Mercè (23 anys).

293 Ariadna (21 anys).

Hi ha divergències entre professionals i joves en torn al concepte d'obesitat com a malaltia i de la persona obesa com a malalta. No coincideixen sobre la causalitat del sobrepès, els motius que porten els joves a cercar ajut professional, les dificultats del tractament, la necessitat o eficàcia de les mesures preventives, entre d'altres. El contrast entre els uns i els altres fa palesa la dificultat de diàleg entre dues lògiques narratives, i evidencia la incapacitat de la biomedicina per anar més enllà del cas individual. La manca de diàleg, i la clàssica relació asimètrica entre metge i pacient, justifica una acció vertical i unidireccional del «saber» al «no-saber», i infravalora o nega la veu del pacient (MARTÍNEZ, 2008: 176-184). Menéndez (2005: 49) assenyalava la importància de millorar-la, fer-la més simètrica, incorporant la paraula del pacient i les seves referències socioculturals. Considera que la millora de la qualitat dels serveis mèdics passa per modificar aspectes de la consulta, considerar la narrativa del pacient i que el facultatiu aprengui a interpretar el seu significat.

Per millorar, cal que hi hagi diàleg interdisciplinari, a partir d'una autocrítica prèvia per part de les disciplines involucrades, per tal d'evitar explicacions parcials o desintegrades que només fan referència a alguna de les dimensions del problema i no a la seva totalitat. Cal, en aquest sentit, problematitzar la noció biomèdica de malaltia com a entitat natural, independent de tot procés històric social i cultural de producció i definició, i aprofundir en el reconeixement del caràcter complex del procés de salut/malaltia/atenció.

Fat is beautiful? No, gràcies...

Les mirades, judicis i interpretacions alienes arriben als *propietaris* dels cossos grassos i esdevenen, a la vegada, eines de autopercepció i, per què no, d'autoacceptació. En aquest sentit l'*agency*, definit com la capacitat de distància reflexiva dels individus i dels grups socials en front a les imatges socioculturals hegemòniques, permet exercicis d'interpretació, reelaboració i, encara que tímidament, certes formes de transformació de les representacions i les pràctiques dominants (GRACIA-ARNAIZ, 2008). Malgrat que la grassor s'associa amb formes de discriminació social, en aquest capítol hem volgut veure si el jovent ha generat respostes de resistència davant l'estigma de l'obesitat i si se semblen amb les generades a Internet per d'altres moviments socials internacionals vinculats a l'activisme «fat». Els joves catalans, en aquest sentit, fan servir la xarxa per denunciar les discriminacions de què són objecte i per reclamar la seva condició de subjectes amb els mateixos drets que la resta de ciutadans. Però en contraposició al moviment «pro-fat», no comparteixen la idea que la grassor sigui quelcom bonic o fins i tot saludable, sinó tot

el contrari. La xarxa és pressa pels joves com un espai on compartir experiències, exposar dificultats i cercar solucions per deixar d'estar gras.

Acceptar el greix

Les divergències expressades pels obesos respecte dels discursos hegemònics han donat pas a moviments socials de relativa rellevància. És el cas, per exemple, del «pro-fat acceptance movement», el qual constitueix la prova més evident que l'estigmatització i discriminació acompanyen l'obesitat. Aquest moviment emergeix per tal de defensar-se de les escomeses, dels insults, de les desqualificacions i de les seves sistemàtiques culpabilitzacions,²⁹⁴ que han arribat, fins i tot, a considerar les persones obesos responsables de molts dels problemes que afecten el món, com la fam o el canvi climàtic: «Experts at The London School of Hygiene & Tropical Medicine published a study suggesting that, as the obese eat 18% more than average, they are unfairly contributing to world hunger and climate change»²⁹⁵. L'activisme sorgeix als Estats Units —un laboratori polític no fàcilment correlacionable a Europa— i està protagonitzat principalment per dones, sovint joves, que reclamen que són grasses per «naturalesa», i que la grassor no és sinònim ni de malaltia ni de lletjor. Moltes d'elles reconeixen que la seva postura crítica l'han adoptat després d'haver provat tot tipus de dietes i exercicis i de no haver aconseguit rebaixar pes. Un dels nostres objectius d'aquest treball ha estat esbrinar si aquestes actituds resistencials civils han tingut la seva traducció a Catalunya.

Un dels fets més rellevants de la societat contemporània occidental, especialment —però no solament—, ha estat la resposta rebel d'una sèrie de grups minoritaris, amb consciència de ser-ho per reivindicar els seus drets. En l'escenari de la pràctica social i política l'emergència de l'activisme de les minories se situa també dins les coordenades de la dissolució, als països occidentals, de la conflictivitat de classe derivada de l'ampliació massiva dels estrats mitjans. Al mateix temps emergeix de la rebel·lió respecte a determinades situacions socials d'exclusió i marginació. El que per als homosexuals és sortir de l'armari, per a Eve Sedgwick és l'*acting out*. «There is such a process of coming out for a fat woman... it is a way of staking one's claim to insist on, and participate actively in, a renegotiation of the representational contract between one's body and one's world» (SEDGWICK: 199, a MURRAY 2008: 266).

²⁹⁴ Shaw (2005) relaciona el *fat* amb el *Black* per al·ludir a la subalternització de les dones.

²⁹⁵ <http://www.sd-commission.org.uk/publications/downloads/health_inequalities.pdf>. Visitat el 16-11-2012.

L'activisme *fat*, als Estats Units, es situa a finals dels seixanta i s'identifica amb diverses etiquetes: *Fat Pride*, *Fat Power*, *Fat Liberation*, *Fat-in*, *Fat Underground*... Es va promoure, el 1969, pel marit d'una dona grassa, William Fabrey, que tip de viure el malestar de la seva parella va fundar la National Association to Aid Fat Americans (NAAFA), més endavant National Association to Advance Fat Acceptance. La NAAFA té com objectiu lluitar contra la discriminació de dones i homes grassos a partir de l'acció política: «Is a non-profit civil rights organization dedicated to ending size discrimination in all of its forms. NAAFA's goal is to help build a society in which people of every size are accepted with dignity and equality in all aspects of life. NAAFA will pursue this goal through advocacy, public education, and support.»²⁹⁶

El desenvolupament de la consciència en relació a les persones de XXXXL size obrí les portes a una sèrie d'escrits clàssics sobre el tema. Un d'ells és el de Marilyn Wann que va publicar el 1998 *Fat!So?: Because You Don't Have to Apologize for your Size*, on sense pretensions acadèmiques criticava els moviments tipus *Overeaters anonymous* i els seus programes de 12 punts.²⁹⁷ És encara avui editora de la revista *Fat!So*²⁹⁸ que traduiriem com «estàs gras... I què?»:

Just say the magic words: 'Yes, I am a fat...so! With these words, you create revolution. You turn fat hatred back on itself. As a fatso, you possess the ultimate weapon against weight worries, body prejudice, and size related discrimination: fat pride. (WANN: 1998:28 a MURRAY 2008: 268)

La mobilització en torn al *fat is beautiful* podem situar-la entre les estratègies i formes d'organització de minories afectades pel procés de medicalització de les conductes, com són el moviment *gay* —especialment a partir de l'impacte que té sobre el mateix l'epidèmia de VIH-sida— per respondre-hi (HERNDON, 2005). Simultàniament, podem associar-la al moviment feminista (segona onada) a partir del suport rebut en considerar que les pressions, per normalitzar els cossos de les dones al voltant de la primor, són molt més fortes i que l'epidèmia d'obesitat les afecta més directament (SHAW, 2005). D'altra banda, sembla que hi ha connexions profundes entre uns i altres, ja que pretenen canviar les percepcions i les actituds negatives de metges, polítics, educadors, juristes... i de la gent en general. Amb tot, Murray (2008: 217 i ss.) creu que *sortir de l'armari* entre els *gay* tenia un sentit

296 <<http://www.naafaonline.com/dev2/>>. Un terç de la seva *homepage* la ocupa el cartell *Discrimination is wrong* (Visitat el 16-11-2012.).

297 Sobre aquest moviment a Espanya n'hi ha una narrativa etnogràfica a Gracia-Arnaiz i Comelles (2007: 248-252).

298 <<http://www.fatso.com>>. Visitat el 16-11-2012.

que en el camp del *fat* no funciona i que hi ha molts elements problemàtics relacionats amb la percepció del cos i de la identitat, que descriu a partir d'observacions autoetnogràfiques:

The problem with fatness is that the culture of negative «knowingness» about fat bodies interferes with the way we can take the body up, and live it in the way that Merleau-Ponty suggests. It strikes me that my fatness emerges as a barrier between myself and my body, between myself and others, rather than being the «very horizon» which brings me into being. I am simultaneously being brought into being by my fat body, and refusing this body. In spite of this ongoing refutation of the body, my subjectivity is always constructed by my fat corporeality. As a fat woman, I find I am engaged in a dual process of a constant refutation of my fat body, and a simultaneous hyperawareness of its soft folds and bulky borders. As hard as I try to overcome this dualism, it structures my self-awareness, non awareness, hyperawareness of my fat body. I internalize the ways of «knowing» my own fat body in the same way that others know my fat, through prescriptive and normalizing discourses (MURRAY, 2008: 273).

Tot i que des dels anys '80 i '90 s'han incrementat considerablement les organitzacions activistes, les publicacions i les conferències, així com les webs i els blocs reivindicatius, es tracta d'un moviment marginal, ja que les organitzacions com la National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA) i la International Size Acceptance Association (ISAA) tenen un nombre de socis relativament petit²⁹⁹ si comparem amb els milions de persones que tenen excés de pes. Ara bé, són força significatius ja que hi ha intents, com el de la International Alliance for Size Acceptance, que ja tenen associacions a França, Regne Unit, EUA, Canadà, New Zeland, Filipines o Israel, entre d'altres països. Tanmateix, algunes de les seves consignes, com la grassor és bella o orgull gras..., han donat pas a un activisme internacional de signe contrari, *l'anti-fat acceptance*, el qual, si bé entén que cal evitar les discriminacions que sofreixen els obesos, insisteix en què no s'ha d'oblidar que la greixor és perjudicial per a la salut.

Davant les pressions mèdiques i socials per incorporar l'ideal de primor —simbol de salut i bellesa— les persones, i especialment les dones, han respat almenys de dues formes bàsiques (GERMOV i WILLIMAS, 1999: 219) bé ignorant o rebutjant activament aquest ideal, el que les posa fora del cicle, o bé acceptant-lo, restringint el consum alimentari i augmentant l'activitat física. La llista dels factors estructurals promociats per les institucions i indústries —moda, cosmètica, gimnàstica, farmacèutica, alimentària...— i de les raons subjectivades —interiorització de la normalitat, vigilància corporal, control del cos— resumeix les ma-

²⁹⁹ Al 2006 l'ISAA comptava amb 2500 membres.

neres com l'ideal de la primor corporal és produït i reproduït, però també dona compte de les raons per rebutjar-lo.

La incorporació del concepte d'*agency* en la comprensió de la producció d'aquest ideal també suposa la possibilitat del seu rebuig per part de les dones a favor d'un ideal alternatiu consistent en l'acceptació de la pròpia talla. Hi ha dones que, senzillament, poden ignorar l'ideal entenent-lo com irrellevant, mentre que altres poden haver intentat aconseguir la primor en èpoques anteriors i haver optat, llavors, per rebutjar-lo enèrgicament. Aquestes dones han abandonat el cicle del quadre anterior i qüestionat, consegüentment, l'hegemonia de l'ideal de primor. De forma paulatina, un nombre considerable de persones estaria elegint aquesta opció i construint un moviment social emergent denominat «anti-règim», «acceptació de la talla» o «drets dels grassos» que qüestionen el discurs dominant basat en la primor i proporcionant una nova forma alternativa d'acceptació social que advoca per la diversitat corporal. Segons Germov i Williams (1999), la promoció de l'acceptació de les formes corporals ofereix un mecanisme pel desmantellament de l'ideal femení de la primor. Encara que certs treballs previs hagin suggerit a aquests autors que dita acceptació ha estat en nombroses ocasions el resultat d'una història de fracassos en el seguiment de dietes per perdre pes, altres han respost a la conscienciació del perjudici que comporta el procés d'estar sempre a dieta i l'obsessió amb el propi cos. Alguns professionals de la salut estan recomanant aquesta alternativa com a part d'un nou paradigma de promoció de la salut i reconeixen l'èxit limitat de les dietes per perdre pes. El citat paradigma està basat en fer possible un estil de vida saludable promocionant la satisfacció corporal i la diversitat corporal, el menjar saludable i l'exercici moderat, sense haver de recórrer al dejuni, la restricció o les dietes io-io per tal d'aconseguir un cos idealitzat en forma i tamany. En qualsevol cas, els autors assenyalen que el desenvolupament d'una identitat basada en l'acceptació de la talla planteja la qüestió analítica de com algunes dones gestionen la rebel·lió contra aquest ideal.

En els capítols anteriors, hem vist com els joves adopten mesures per apropar-se al model de «cos prim» integrant pràctiques sanitàries que van des de dietes més o menys restrictives i exercici físic, a aquelles més severes com intervencions quirúrgiques associades a un elevat risc de mortalitat. Hem comprovat que es generen formes de resistència des de les més radicals com la del *happy fat*, fins a d'altres més subtils com l'abandonament de la dieta o l'exercici físic prescrit. Hem pogut percebre aquesta forma de resistència front a les demandes socials a través tant del relat en les entrevistes cara a cara com en els grups focals, no obstant això, és dins de la xarxa on hem observat un major desig d'adaptació als patrons corporals hegemònics. Si bé, darrerament, algunes veus crítiques reivindiquen el dret a estar gras

i ser feliç —*happy fat*—³⁰⁰ i la dignitat de la grassor, a Espanya i Catalunya no hem trobat cap moviment del mateix ordre. No són freqüents els reclams com «declara la tregua amb el teu cos» o «reivindica que la grassor és bella». No hi ha massa oposició davant les concepcions i les actuacions institucionals en torn a l'obesitat, tampoc iniciatives per defensar-la com a estil de vida, ni gaire raons per sentir-se feliç de ser gras. Com veurem a continuació, en l'àmbit estatal, les iniciatives més rellevants han consistit en organitzar algunes associacions que intenten preservar els drets de les persones grasses i lluiten contra l'estigmatització i els tractes discriminatoris.

La xarxa com a recurs terapèutic

Hola a Todos.. Soy nueva x estos lares y ando un poco perdida jejeje. Me llamo Delia y soy de Barcelona, tengo 27 años.. Yo siempre he sido una chica rellenita pero desde que tuve mi primera hija. Cogí mogollón de kilos que no he podido soltar, llevo toda mi vida a dieta y no hay manera.. Hasta la lechuga me engorda.. La verdad es que ando un poco depre, ya que creo q a veces hasta mi marido me huye, pienso q ya no le atraigo lo suficiente y que terminara yéndose con otra.. Y una se da cuenta en lo injusta que es esta sociedad con la gente que tiene una enfermedad como la nuestra.. En el autobús o el metro evitan el ponerse a tu lado, o se cambian de asiento, y cuando entras en alguna tienda de ropa, directamente te miran mal, como me paso a mi entrando en la famosa «berska» simplemente para mirar algo que nunca me podré poner, invitándome a salir de la tienda amablemente con la típica frase «no tenemos nada para usted». Cosa que acabo por hundirme más, y que me hizo llorar por todos los rincones de mi casa... O los pobres últimamente están hasta inundados de tantas lágrimas. Pensé en someterme a una intervención con balón gástrico pero es muy costosa y me da un poco de miedo. En fin... Pensaba en una presentación un poco más alegre pero.. me he liao a hablar y no paro jajaja.³⁰¹

A partir de la presentació que fa la Diana a Internet, hem volgut conèixer l'ús que els joves grassos fan de la xarxa i les respostes que donen a la normalització corporal i l'acceptació d'estar prim com ideal de salut i estètica. També si hi ha resistències específiques en front del model hegemònic de la concepció de l'obesitat com a malaltia i estigma social. Les comunitats virtuals, a partir d'uns trets culturals comuns, es converteixen en producte cultural, en un procés social i en pràctica comunicativa dins de la xarxa. És important conèixer la manera com es genera i consumeix aquest producte, i els continguts i característiques de les relacions que s'estableixen, tant d'acceptació com de negociació i/o resistència a les normes.

300 En un sentit més ampli fa també referència a les persones obeses que no pateixen cap malaltia.

301 Diana (27 anys).

Les associacions que emergeixen *on-line* són un exemple de la necessitat que les persones grasses tenen de crear espais on articular esforços col·lectius. Un dels més significatius és l'*Associació Espanyola per Acceptació de l'Obesitat* (ASO-CEAO), la qual lluita contra la discriminació, animant les denúncies, i contra els impediments més freqüents, com l'accés al mercat laboral, els salaris més baixos o el tracte vexatori per part d'alguns metges i professionals de la salut, entre d'altres: «Como objetivo básico perseguimos en primer lugar la igualdad de las personas gorditas, no de derecho ya que las leyes no nos discriminan, sino de hecho pues son las personas y la sociedad en su conjunto quienes sí discriminan, de muchas formas, la mayoría sigilosamente sin que nos lo digan a la cara y otras directamente, a la cara pues casi se diría que existe carta blanca para atacar sin impunidad contra las personas gorditas, sobre todo las mujeres que son bien gorditas. Luchamos pues contra toda discriminación basada en el sobrepeso de las personas intentamos proporcionar a las personas gorditas herramientas para mejorar su auto-estima y poder enfrentarse a las barreras que nos impone esta sociedad (accesos al mercado laboral, salarios más bajos, trato vejatorio por los médicos y profesionales de la salud, etc.)». ³⁰²

Tot aquests objectius estan recollits en els estatuts de l'associació ASOCEAO en el seu Article 2:

- a) Ayudar a eliminar la discriminació social cap a les persones obeses.
- b) Ayudar a millorar l'autoestima de tota persona obesa.
- c) Promoure la participació de totes les persones que vulguin acabar amb l'actual situació social respecte a la marginació cap a les persones obeses.
- d) Organitzar activitats que combatin els prejudicis contra les persones obeses.
- e) Corregir, en la mesura del possible, les barreres socials que impedeixen l'accés al mercat laboral en igualtat de condicions a les persones obeses.
- f) Aconseguir eliminar les barreres físiques en mitjans de transport públic, respecte a mesures de seguretat i accés a llocs, també públics, que impedeixen l'ús normal a persones obeses, com ara: seients en els avions, cinturons de seguretat en els cotxes, butaques als teatres, etc.
- g) Aconseguir millors polítiques socials per part dels nostres governants així com de les institucions públiques.
- h) Impulsar valors de tolerància i respecte, fonamentalment, cap a les persones obeses.
- i) Aconseguir de la professió mèdica i del conjunt de professionals de la salut un tracte menys vexatori i més professional.
- j) Establir relacions amb altres associacions afins d'altres països i posar en marxa projectes comuns d'àmbit supranacional.

302 AGO (Asociación Global de Obesos).

Si aquesta associació pretén lluitar contra la discriminació i reivindicar el dret a la diferència, la majoria de pàgines web consultades reproduïxen els plantejaments hegemònics biomèdics sobre la concepció i el tractament de l'obesitat: «Nosotros en ningún momento hemos pretendido hacer creer que ser obeso, es estar bien de salud, pero si que merecemos todo el respeto y dignidad como seres humanos y el derecho a que nos escuchen en nuestras reivindicaciones y peticiones, hasta aquellas que se refieren a los recursos sanitarios necesarios para la resolución del problema de la obesidad» (AGO, Asociación Global de Obesos). I la seva nécs també³⁰³ un bon exemple:

Ha estat un projecte portat a terme per dues dones treballant des de Madrid i Barcelona punts importants d'Espanya, ben coordinades, que els uneix una inquietud comuna ajudar les persones que pateixen obesitat. Des de fa aproximadament deu anys vam començar a participar en fòrums de medicina com a persones anònimes i més tard ens unim a col·laborar totalment de manera desinteressada en un fòrum d'obesitat. Allà confirmem que la nostra petita ajuda no tenia límits, vam començar a contactar amb les persones malaltes i els dèiem per telèfon, ens preocupàvem de la seva situació, de les seves visites als professionals i ens vam adonar que havíem de fer un treball més particular i a la nostra manera. Aquí amb pocs mitjans però amb moltes ganes vam començar fa quinze mesos, el nostre treball constant en www.obesos.eu, la idea principal era que coneixíem molts professionals mèdics i un bon psicòleg part molt important en els tractaments multidisciplinaris.

La idea no era fàcil, necessitàvem a un professional metge que respongués altruïstament als dubtes dels participants, trobem els Doctors X i Y, peces importants en aquesta web que tot i la distància estan disposat a col·laborar desinteressadament responent als Foristas. Intentem trobar més persones que tinguin coneixements professionals i vulguin col·laborar amb nosaltres, psicòlegs, endocrins i dietistes que són el complement perfecte a la nostra força de voluntat per lluitar contra els quilos. Les persones que portem l'administració intentem estar sempre al dia de les noves tècniques mèdiques anem a totes les xerrades que es realitzen i intentem contactar amb les clíniques per saber de quina manera tracten a les persones que en moltes ocasions s'han vist indefenses davant d'un metge que els dona la dieta que saben que no poden suportar i acabaran abandonant. O una cirurgia massa agressiva que els pot portar a resultats no desitjats. L'obesitat, no oblidem que és una malaltia i tot i no tenir el tracte de malalts, ho som. El nostre eslògan és «lluitant contra l'obesitat» donant tot el que puguem per fer comprendre que ningú quan entre a aquest racó d'Internet, se senti sol. No s'obliga a res, només es dona la mà a qui ho demani ja que si una persona no reconeix el seu problema difícilment se li podrà ajudar.

303 <www.obesos.eu>. Visitat el 16-11-2012.

Moltes pàgines recolzen allò que es considera indiscutible: deixar d'estar gras a través dels mitjans científicament validats. El fòrum d'*adelgazar.net* es limita a explicar què és un estil de vida saludable i els seus usuaris promouen aprimar-se mitjançant dieta sana i exercici regular. La idea que prevaleix és que a aquests espais hi ha gent que t'escolta, vol ajudar-te i comparteix el patiment que suposa estar gras: «Com en tots els projectes, la unió fa la força i nosaltres ara volem donar-nos a conèixer perquè la gent valori si el que la nostra associació ofereix i cap a on es dirigeix, els agrada i volen formar part d'ell».

A la xarxa els joves parlen de si mateixos a través de diaris personals o blocs (SOLÉ BLANCH, 2006), «Els mitjans reproduïen, i mitjançant processos culturals, però, a més, els posen en evidència i faciliten la seva observació» (RAAD, en línia). En contra de l'opinió d'alguns que afirmen que els mitjans són instruments poderosos la naturalesa dels quals els permet imposar un discurs únic sobre la interpretació de la realitat, altres autors defensen que els receptors no són mers abocadors per a qualsevol tipus d'informació sinó que hi ha una relació estreta entre la cultura que aporten aquests al mitjà i la que aquest reproduïx.

Moltes de les identitats corporals ideals solen venir definides per endavant, envasades i disposades per al públic des de les indústries de consum, bellesa i publicitat (ESTEBAN, 2004:69). Sense subestimar la influència mediàtica d'aquest discurs i tenint en compte la submissió de l'individu a través del control social, els individus i els col·lectius tenen un paper actiu en la construcció de la identitat i algunes pràctiques relacionades amb el cos formen part d'un itinerari corporal de reafirmació, negació o discussió. Esteban (2004:74) considera la forma com les persones cultiven la seva aparença d'una manera restrictiva, és una «acció emmarcada dintre de» o «acció en diàleg amb» les normes dominants sota la influència dels discursos hegemònics, no com si les persones fossin éssers passius sotmesos a les lleis de mercat i indústries de bellesa, però influïdes per elles. «No es tracta d'un simple seguiment dels discursos dominants sinó que les dones i els homes gestionen el seu cos negociant al mateix temps el seu lloc en la societat» (ESTEBAN, 2004:74). El cos pot concebir-se també com un lloc de resistència, deixant enrere la visió victimista i passiva respecte al gènere per assumir la seva capacitat de crear propostes més o menys alternatives que intenten respondre a una situació de desavantatge social i personal. Aquesta capacitat de resposta anomenada *empowerment*, lluny de referir-se a un exercici de «poder sobre», aposta per un exercici del «poder amb» o el «poder per» (DEL VALLE *et alii* 1999, en ESTEBAN, 2004: 61) adquirint el seu sentit en una concepció del cos com a agent. Aquestes rèpliques poden manifestar-se a través de pràctiques com el dejuni o l'afartament. Cal assumir l'obesitat també com una possible resposta subjectiva als diversos constre-

nyiments socials, econòmics i polítics. De vegades adquireixen formes convingudes, altres, extremes. Aquestes resistències tenen un caràcter ambigu i han de ser interpretades de forma polivalent: si en algunes ocasions el treball sobre el cos i el menjar pot arribar a proporcionar plaer, doncs és una inversió per competir socialment o exercir control sobre un mateix, en altres pot produir aflicció i el seu propòsit pot tenir a veure amb el malestar creat per conflictes i imposicions (GRACIA-ARNAIZ, 2009).

Griffin (1997), des d'un enfocament culturalista, fa referència als tres tipus de lectura que els receptors dels missatges poden fer dels continguts rebuts des dels mitjans. La primera, anomenada *dominant*, es refereix a la total acceptació de la ideologia del missatge; la segona, coneguda com a *negociada*, entén una apropiació del missatge de forma parcial i rebutjant certes parts del missatge, i finalment, l'*oposicional*, que rebutja els significats dominants i escull una interpretació alternativa.

Les narratives dels joves a Internet podrien considerar-se, tal i com nosaltres les hem llegides, com una barreja d'aquestes posicions, tot i que la primera és la més recurrent. Alguns expressen conformitat respecte al que mèdicament, socialment i mediàticament s'ha conegut que és l'obesitat; d'altres reproduïxen matisos de disconformitat i alguns, molt pocs però, constitueixen una visió totalment divergent dels discursos hegemònics. Sovint, aconseguir assemblar-se als patrons físics socialment demandats no és tant una finalitat en si mateixa, sinó una eina a disposició del discurs hegemònic, utilitzada de forma conscient i precisa com una estratègia pels subjectes en qüestió i com una forma de gestió absoluta del propi cos. No es tracta tant de la cerca de la imatge ideal com de la de l'acceptació d'un mateix i de la construcció d'una identitat a través del cos, com si aquest suposés un passaport per a ser acceptat a si mateix a través de l'acceptació dels altres. Darrera de la cerca d'una imatge i en el procés de construcció de la pròpia identitat, la preocupació principal sol ser la pròpia gestió de vida, la forma de ser i estar en el món, gestionada des del cos però dins d'un projecte de consolidació de la pròpia vàlua.

En aquesta anàlisi, hem observat que no són gaires les respostes alternatives a la ideologia dominant, proporcionant característiques particulars i originant actituds que en ocasions són oposades a les socialment acceptables per la majoria. Aquestes formes de resistència les utilitzen grups que difereixen de les tendències socials dominants amb les que voldrien trencar. Malgrat l'intent per distanciar-se de la societat i de la seva cultura, els joves no poden evitar incloure elements de la jerarquia principal o dominant, adaptats i modelats de diferents maneres. No podem parlar d'un trencament total, ja que d'una manera o altra mantenen una relació de dependència en intentar ser acceptats com són, és a dir, mantenint una relació d'interdependència en tot moment.

Els que participen en la xarxa tenen dificultats per desentendre's de la percepció negativa que la societat té d'ells i, l'acceptin o no, això els afecta i augmenta la seva rebel·lia i/o ressentiment.

Aquests joves intentaran que la societat compregui pràctiques d'aquest tipus o que almenys no les reprovi, demostrant una vegada més que la relació entre resistència i cultura dominant no es pot defugir. Les relacions que s'estableixen proporcionen identitat i reconeixement entre membres quan comparteixen afinitats prou específiques com per crear un vincle que faciliti l'assoliment personal. L'elecció dels llocs (pàgines) i maneres (xat, fòrums, correus electrònics, canals) determinen el seu grau de vinculació amb la comunitat triada: «Algunes satisfaccions que es deriven de les relacions mediateles pels mitjans de difusió són: fomentar un sentit de pertinença, promoure la companyonia, facilitar la interacció personal, adquirir noves percepcions d'un mateix i els altres, forjar un sentit de la identitat, adquirir una sensació d'estar controlat, experimentar alliberament emocional, fugir de la realitat no desitjada i subministrar una forta relaxació» (MORLEY, 1996).

Des dels estudis culturals opinen que, si hom vol desafiar les estructures de poder existents, cal comprendre com es construeix i viu aquesta complicitat, aquesta participació en el poder. Això significa que s'ha d'investigar què guanya la gent amb aquestes pràctiques, i les possibilitats de rearticular per fugir, resistir o fins i tot enfrontar certes estructures de poder (AUSTIN, 1998). «Hola a tots! Primer de tot dono les gràcies per l'existència d'aquest fòrum, he estat llegint algunes històries i em sento molt identificada amb la gran majoria, així que m'he animat a escriure. Com ja imagineu necessito ajuda!!!...»,³⁰⁴ perquè, «moltes vegades em deixen anar a la meua pròpia casa que siestic així és perquè vull, no entenen que si no faig bé les dietes és perquè NO PUC, no perquè no vulgui?»³⁰⁵ Internet reflecteix moltes vivències que els joves ens han explicat en entrevistes. Les mirades dels «altres» travessen les seves experiències i s'incomoden davant el seu fet diferencial. Per Anima una talla de roba delimita el concepte de normalitat que està en l'imaginari social: «Jo no demano tenir un cos 10 ni ser una anorèxica ni coses d'aquestes, jo vull ser NORMAL, tenir una talla 42-44, i no una 52 grandeta, anar pel carrer tranquil que no es fiquin amb mi...»³⁰⁶ I Marta explica la sensació de trobar-se fora de la norma: «He de dir que l'obesitat és una de les malalties menys compreses, ja que aquell que no la pateix entén que simplement es tracta de deixadesa per part de qui es veu obligat a «amagar» per poder menjar per

304 Agnès (25 anys).

305 Amina (16 anys).

306 Amina (16 anys).

por de ser jutjat, com si d'un criminal es tractés».³⁰⁷ «Porto molt de temps llegint (sobre) de la malaltia que és l'obesitat, que a banda dels graus d'obesitat, també hi ha tipus d'obesitat, obesitat nerviosa, bulímia nerviosa, obesa emotiva, obesa nerviosa, obesa sedentària..., En fi, diferents tipus d'obesitat i ara cau en que jo no tinc un diagnòstic específic de la meua malaltia, el que em porta a la següent dubte, si no tinc un diagnòstic clar, com m'ajudaran amb el que em passa?»³⁰⁸ El sentiment d'«estar gras/sa» ve sempre donat per la mirada estigmatitzadora de l'altre social, i interioritzada per un mateix, «... porto dos anys sense estudiar per això. Vaig començar un mòdul i ho vaig deixar perquè no tenia roba que posar-me i no volia comprar roba enorme, així que ho vaig deixar i he estat així durant dos anys. Era sortir al carrer i em creia que tothom em mirava i pensaven “que grassa està”»³⁰⁹ «El que empitjora la meua “depressió” són els grollers intents familiars per recordar-me constantment lo grassa que estic... lo armari que em faig, que no serveixo per a res, bé, m'arriben a dir que prefereixen un fill discapacitat mental que a mi...».³¹⁰ Però no hem de situar aquesta preocupació només en el marc de l'estètica: la valoració que rebem dels altres és fonamental en l'autovaloració i l'autoestima. La relació amb altres ens recorda incessantment qui som als ulls de la resta. I el cos és la part més visible a partir de la qual som jutjats en la nostra vida quotidiana. La valoració que rebem dels altres és essencial en la nostra forma de veure'ns, en la nostra percepció d'estar bé o estar malament amb nosaltres mateixos. Escoltar que «t'has engreixat, no?» desanima i, en alguns casos, es refereix com agreujant d'una depressió. Al contrari, escoltar que «has perdut un quants quilos, oi?», produeix satisfacció i, fins i tot, eufòria. El que compta aquí és l'avaluació social i, amb ella, l'autoestima (MARTÍN CRIADO, 2007): «Una cosa és que una persona estigui una mica grassoneta i estigui guapa però les que estan grasses, grosses, no poden estar guapes».³¹¹

«Sentir-se obès és pitjor que ser-ho» era el títol d'un article recent d'una revista dedicada a temes de salut: «No sóc capaç d'aixecar-me del sofà, i sortir al carrer. Odio les mirades de tot el món, sempre hi ha graciosos que es permeten el luxe de riure's d'una, i recordar-me lo grassa que estic. Amb els anys i els quilos, m'he quedat sola, hi ha dies sencers que no parlo amb ningú... Al final té raó tota aquesta gent que es pot riure de mi, quan em veuen pel carrer, sóc una grassa que

307 Marta (15 anys).

308 Shuyi (23 anys).

309 Tana (24 anys).

310 Satina (17 anys).

311 Irene (35anys).

no posa remei al seu problema i segueix menjant».³¹² «Si jo em crec més atractiva també els altres em veuran més atractiva. És així com funciona».³¹³ «... d'altra banda sempre és bonic sentir oh, estàs estupenda, què t'has fet?»,³¹⁴ «Home jo crec que l'estar gras no és com un es veu sinó com et veuen els altres. Jo per exemple, jo no em considero gros però jo sé que comparant amb els meus amics... però jo em veig davant del mirall i em dic; A veure Julio, no estàs gras. ¡¡¡Però jo crec que l'estar gras sempre és culpa de l'entorn, no crec que sigui per un mateix».³¹⁵

Les concepcions sobre la salut o la bellesa no són universals ni atemporals. Cada cultura les dota de sentits i experiències segons el context i la història, i formula significats capaços de situar les persones fora de la norma. És fàcil comprovar-ho. La qüestió és comprendre com i per què un «estat» corporal considerat fora de la norma és reconeix com a malaltia, i quines conseqüències té per a l'individu i per a la societat. La idea d'excés que acompanya l'obesitat és construïda des de la infància i condiona les expectatives i els objectius vitals dels subjectes. Rivera (2005) considera que l'eix de l'anàlisi ha de ser l'etiologia del significat d'un estat: Quin consens social s'ha construït i segueix reproduint-se al voltant d'aquests judicis? Què significa la desviació per a la societat i com reaccionem davant d'ella? Quines nocions quotidianes poden repensar i desarticular, quines actituds poden transformar? Boltansky (1975) indaga sobre les diferents percepcions de la malaltia i la seva connexió amb un ús particular dels serveis mèdics pels individus. Afirmar que el concepte central és la cultura somàtica, una forma particular de les persones de connectar amb les pròpies sensacions corporals, d'escoltar el propi cos, que és un recipient de significats i simbolitzacions construïdes en correlació amb un medi cultural i una estructura econòmica i social que el conté i explica la seva diversitat. La manera com cada individu entra en diàleg amb la salut i la malaltia està condicionada per la seva cultura somàtica i aquesta té íntima relació amb l'ús social del cos en la vida quotidiana. Les experiències queden «impregnades» al cos, modelant-lo, i tot això es tradueix després en desitjos, gustos, pors, prohibicions, prejudicis: «Tot i haver estat sempre obès, mai m'he acostumat a aquesta condició. És difícil tolerar els informes socials, és difícil suportar els comentaris dels meus pares i de la meua dona, és difícil fer entendre als altres que l'obesitat és un problema mèdic i no només un problema de la personalitat».³¹⁶ En aquest procés entra en joc la posició de la persona en l'estructura social. La capa-

312 Flora (27 anys).

313 Pina (22 anys).

314 Fiona (24 anys).

315 Julio (18anys).

316 Sul (31 anys).

citat de l'individu per reconèixer sensacions pròpies i lligar amb l'estat de malaltia el que Boltansky anomena capacitat mèdica i que s'aprèn en la vida social. Es vincula a pautes culturals, a diferents pràctiques de culte de la bellesa del cos, formes d'alimentació, ús del temps ocios, etcètera.

El que defineix la malaltia i el seu caràcter desviat és la resposta social enfront de certes característiques d'una persona, l'atribució d'aquest rètol per altres individus i fins i tot per un mateix. El rebuig social és anterior a la desviació, és el seu condicionant (LEJÁRRAGA, 2004): «... sóc grassa però no un monstre, sóc una persona amb sentiments no sóc un sac de patates, m'agrada molt vestir... però l'anar a una terrassa i no cabre a la cadira, ha estat una cosa que m'ha destrossat, l'anar a sopar i que la senyora de la taula del costat passés tot el menjar criticant el que menjava o deixava de menjar...»,³¹⁷ «...intento ser el més normal possible, vestir a la moda, intent no «pensar» massa però quan surts al carrer deixes de sentir-te bé com a mínim en el meu cas, per a mi aquest any anar a la platja o a la piscina s'ha convertit en una cosa horrible...».³¹⁸

La no-resistència: la incorporació de les normes

Occident no oposa resistència a la medicalització de la vida, ben al contrari, accepta fàcilment la creació de «noves» malalties, doncs «estar malalt» acostuma a posar l'individu dins d'un col·lectiu protegit socialment. Això només és possible quan la cobertura sanitària és universal. No tindria sentit considerar unes conductes com patològiques si no és possible assumir-ne l'assistibilitat. Sembla lògic pensar que els moviments de resistència al mandat d'aprimar-se estiguin afavorits per l'absència d'una cobertura sanitària que s'ocupi d'acollir i donar resposta als problemes que són qualificats com patològics, deixant al marge aquells que no estiguin dins de la categorització de malaltia, per molt transcendents que puguin ser per l'individu. Només una categorització com patològic permet assumir social i políticament l'assistibilitat. Assumir significa acceptar, des d'una perspectiva moral, no només econòmica, que s'han de destinar fons públics a aquest problema.

A les webs analitzades, i a diferència d'altres àmbits o fins i tot en altres espais d'aquesta etnografia, no percebem una resistència del joves usuaris front les institucions i els experts. S'accepta que l'obesitat és una malaltia i no pas un estil de vida. Així doncs, no apareixen postures massa allunyades de la visió que té la societat. «Des d'aquesta web es pretén oferir informació perquè es reforcin estils de conducta saludables que ens permetin aprimar-nos sense fer-nos mal física-

317 Estela (28 anys).

318 Mira (30 anys).

ment i psicològicament. Els usuaris d'aquest fòrum, una i altra vegada promouen l'aprimament mitjançant l'adquisició d'hàbits de conducta sana, és a dir: menjar sa i fer exercici. Ens acollim a la literatura científica que recull informació sobre els beneficis dels aliments i les propietats de cada un d'ells en quantitats adequades així com els beneficis físics i psicològics de l'exercici» (Adelgazar.net). Les recomanacions de dietes hipocalòriques, d'exercici físic i de solucions quirúrgiques assenyalen que una majoria dels joves pretenen una reducció del pes corporal que els permeti assolir paràmetres estètics i/o saludables acceptables.

Però no tot és tan simple. La majoria dels informants es mouen entre sentiments ambivalents. Si d'una banda, s'intenta valoritzar el propi cos gras, de l'altra també s'evidencia un desig d'aprimar-se. Perdre pes seria l'ideal, però quan no és possible s'obre l'alternativa d'acceptar-se tal com un és. Però el desig roman constant. Els relats ens mostren clarament aquests sentiments contradictoris: «Estic bé com sóc i punt. El cos que cal portar és tal i com un ho té. La societat ha pretès que passéssim per on ells volien». En un altre moment de la narrativa, però, parla de la seva insatisfacció: «Que vols que et digui? Jo necessito una reducció d'estómac i clar, cada vegada que anava al metge acabo amb la mateixa pregunta: Què? Em vas a operar o no?»³¹⁹ Però això la Irene també nega que «ser feliç» sigui compatible amb «estar gras» i apunta que només una certa normalitat corporal, propera a la primor, possibilita sentir-se bé: «No, no m'ho crec, no m'ho crec, no! Ho sento no m'ho crec, perquè *una persona obesa no pot ser feliç*, si ells poguessin ser prim és quedarien prim, a mi que no em diguin que no! Tu vas en una reunió d'aquestes i dius et fem això i això, encara que fos pagant, per a que tu estiguis prim i ells et dirien que sí. Es posen la capa davant i diuen: "Sóc feliç amb la meva obesitat", que és el que jo feia, però després dins de tu tens ganes de ser prim, clar que sí, no prim, normal, una cosa és ser prim i una altra normal, una persona normal, pots estar amb uns quilets de més, però normal».³²⁰

Si associacions com *Happy Fat* o *Pride Fat* troben ressò als EUA, ací només hem vist propostes d'adhesió per denunciar la discriminació que acompanya la vida de les persones obesas: «Us imagineu en un aeroport que us pesin i us mesurin la cintura, igual que fóssiu una maleta o un vulgar equipatge? Lara Frater, una activista nord-americana, ha iniciat una petició en línia i penso que és el moment d'unir-nos en un de sol i demostrar qui som i què pensem. Estan recollint firmes en tot el món contra la mesura imposada per United Airlines: «la política hostil que titllava i que assetjada de milions d'americans que no hi caben en els seients (senyores embarassades, aquesta podria ser vostè també). No deixeu que

319 Carla (29 anys).

320 Irene (35 anys).

els s'avergonyeixin en silenci! La línia aèria diu als passatgers que són massa grans per a cabre en un sol seient, per cordar el cinturó de seguretat, o incapaç de posar els recolza-braços a terra, seran forçats a comprar un segon bitllet o una classe superior, on són més grans els seients. Si un vol està ple i un passatger obès no pot comprar un altre seient, seran baixats del vol. No pagarem més, no comprarem un altre bitllet, ni consentirem ser trets a puntades de peu perquè vostè va fer l'espai individual del seient més petit per augmentar el nombre de llocs».³²¹

Si bé no hem trobat declaracions reivindicatives específiques, ni adhesions a moviments activistes internacionals, sí que hi ha respostes davant situacions de marginació que es consideren insultants i ofensives: «Un cop estava en la cabina, sense la faldilla i preparada per a depilar, sento que diuen en alt: «Joder, con estas piernas tan gordas nos las haré en 10 minutos, aquí como mínimo me paso media hora!!!» Me costó mucho no contestarle ni enviarle a la XXX, pero ¿Qué iba a hacer? Salir de la cabina con una pierna con cera y otra no??! Ese sentido del ridículo todavía lo tengo, así que no le dije nada. Pero no os penséis que lo deje correr e irme a casa a comerme el coco y hundirme en una tableta de chocolate, no. Después de pagar pregunte por la directora del centro y le comenté que la Srta. XXX (la que me depiló) hizo ese comentario en alto, que yo lo oí y que esperaba que eso no volviese a pasar porque no están aquí para seleccionar a quien le hacen qué. La Directora se disculpó y dijo que tomaría medidas. Nunca me he arrepentido de lo que hice y la verdad es que salí del centro con la cabeza bien alta porque ni esa chica ni nadie tiene el derecho a faltarnos al respeto, ni a nosotros, ni a nadie».³²²

Es tracta d'episodis que, sovint, no passen d'apuntar-se en un llibre de reclamacions: «A mí en Mango una vez fui a comprarle un pantalón a mi hermana la mediana, la dependienta se puso detrás de mí cuando levantaba el pantalón para comprobar si le vendría (mi hermana es de cinturica y cadera ancha) y me dijo «talla para ti no hay» me di la vuelta y la puse tibia, y al encargado también, salí muy digna de allí, pero en casa me tiré llorando un tiempo de la rabia. Gentuza hay en todas partes, lo bueno es tener un par de huevos para decirles lo que hay con la misma delicadeza que hayan utilizado con nosotras.³²³ Yo por estas cosas ya no lloro me cabreo como una mona. Intento no ir por ahí ofendiendo a nadie y no me gusta me ofendan a mi total que borro cualquier pensamiento y solo digo tres palabras LIBRO DE RECLAMACIONES. Lo pedí el día que entré en una tienda mixta a comprar un jersey a Ramón y me dijeron que no tenían para mi antes de que pudiera abrir la boca ni me dijeron buenos días. Lo pedí el día que bajé del

321 Aly (32 anys).

322 María (26 anys).

323 Patro (28 anys).

avión habiendo pagado un billete en primera y por *overboking* (más pasajeros para esa hora) volvieron a vender el asiento que teóricamente va vacío porque pagas el triple de lo que vale uno normal. No quiero reverencias quiero que se me trate como a una persona, tratan bien a las personas que viajan con oxígeno, a las que lo hacen con silla de ruedas, con muletas, mayores... etc. yo también tengo problemas físicos pero soy una persona. a veces algunos se ríen y me dicen porque una asociación de obesos, porque una web y les digo por la gente que se olvida de que somos personas... (a veces me muerdo la lengua ante las sonrisas irónicas y no digo por gente como usted)... empecé intentando defender mis derechos y los de las personas con exceso de peso... y a veces creo que estoy defendiendo el derecho a ser persona más que nada».³²⁴

De totes les sis pàgines analitzades³²⁵ només una, *l'Associació Nacional per a l'Acceptació de l'Obesitat*, expressa tàcitament l'acceptació de la greixor, encara que té bona cura en remarcar que no fa proselitisme de l'obesitat. «... Des de la ASO-CEAO no pensem que l'obesitat és una malaltia, igual que tampoc pensem que els esquerrans siguin uns malalts. En molts casos ser gros com un altre tret més de les persones... L'obesitat en si mateixa no suposa o no ha de suposar un problema de salut, sempre que es porti una vida sana, es mengi adequadament, es realitzi exercici moderat i es mantingui un equilibri emocional». (Ana Gómez, presidenta).

Això no és una paradoxa. No tothom reivindica la greixor, sinó que es conforma o es resigna a ser gras. L'esforç per adaptar-se a la norma suposa un esforç ingent que provoca inseguretat, frustració, manca d'autoestima i altres afliccions. És aquí on es busca als iguals i on es creen les xarxes d'ajut mutu virtuals. I, és lògic, l'esforç i la gran dificultat que es necessita per seguir una dieta quan aquest procés ha de durar tota la vida. Aquest esforç requereix l'estreta col·laboració i suport d'altres individus que estan com tu, un lloc per l'empatia: «Lo primero que tenemos que hacer las personas delgadas u gordas es interesarnos por nuestra salud y poner los medios. Y no discriminar a alguien por su aspecto, o por lo que sea... Creo que meterse con los demás para acallar un complejo personal es lo más zafio y retrógrado que puede hacerse. A las personas en delgadez, las animo para quererse un montón y que vayan a los especialistas oportunos para que estén saludables. Y a mis hermanos de fatigas a mis gorditos, les digo que no tiren la toalla, y que sigamos tanto flacos como gordos en búsqueda de nuestra salud y nuestra autoestima».³²⁶

324 Antonia (34 años).

325 <adelgazar.net>, <obesos.org>, <obesos.eu>, <gordos.com>, <enfemenino.es>, <obesosasieta.com>.

326 Nora (24 años).

La sociedad controla, la sociedad nos ha inculcado como debemos ser. Intentamos agradar a la sociedad, queremos ser como la sociedad nos dice. Queremos ser como la publicidad nos muestra. chicas perfectas, queremos piel sin imperfecciones, un cuerpo 10, una cara bonita. Queremos un peso ideal, queremos un peinado ideal. ¿Acaso queremos ser todos iguales?

Si algo sé es que las diferencias enriquecen y cada uno es como es. Y en mi opinión, la sociedad y la publicidad nos lavan el cerebro. Tantas cosas que queremos en aspecto y lo que realmente importa es la personalidad de cada uno. Cuando pasa un tiempo y conoces a la persona, el feo se puede convertir en hermoso gracias a su gran corazón, o su inteligencia, o su carisma. El guapo se puede convertir en asqueroso, gracias a su vanidad, a su prepotencia, o a su incultura. El gordo puede resultarnos tan grande como su corazón, y el flaco puede resultarnos pesado³²⁷.

Hem considerat les comunitats virtuals com a grups d'ajuda mútua (GAM) si definim aquests com estructures voluntàries de petits grups que s'uneixen per ajudar-se mútuament i per assolir un propòsit determinat (CANALS, 2002). El concepte de *comunitat virtual* ha estat objecte de controvèrsia per diferents autors. Poveda *et alii* (2006) les entén com «un grup de persones que comparteixen en comú objectes com idees, identitats, qualitats, propietats, etc., tot això dins d'un espai comú». Per la seva banda, Rheingold (1996:32) les defineix com «agregats que emergeixen a la Xarxa quan suficients persones duen a terme discussions públiques durant un temps suficient i amb prou sentiment humà, per formar nexes de relacions personals en el ciberespai». Porter (1996) creu que cal entendre la comunicació a Internet des del concepte de cultura, doncs en grups de discussió, xats i altres espais públics de relació, es construeixen sistemes compartits de creences i valors, convencions de presentació i argumentació, lèxics propis i estils iconogràfics que simbolitzen la gestualitat, una etiqueta social o altres signes que vehiculen emocions com l'afecte i el sentit de pertinença a un grup. Les comunitats comparteixen trets comuns, la relació que estableixen els integrants, participar en un espai virtual concret amb un interès comú, la interdependència que es crea entre ells, tenir un bagatge compartit que els permet la comunicació i identificació i que actua de generador d'un sentiment de pertinença al col·lectiu. Per tot això, la xarxa ha modificat hàbits, escenaris i continguts en les relacions socials. Ha permès, fins i tot, la inserció social de col·lectius en situació de risc o desavantatge. Internet com qualsevol xarxa actua com un element de cohesió des del que qualsevol col·lectiu s'enfronta a la pressió externa, i és un poderós sistema de comunicació entre grups «marginats» o considerats «políticament poc correctes».

327 Vera (30 años).

Per la seva banda, els grups d'ajuda mútua són un dels recursos de participació comunitària que han desenvolupat a les societats modernes. Les característiques d'aquests grups són compartir informació i experiències: «el que és interessant és el contrastar, i veure que hi ha persones que han pogut superar aquella situació de crisi ens ajuda, aquest contrastar, aquest exemple, aquest intercanvi, ens ajuda a poder superar el nostre problema». Aquests moviments estan formats generalment per iguals que busquen assistència mútua per satisfer o superar un hàndicap o un problema vital. Els iniciadors i membres d'aquests grups es donen compte que els seus problemes no són o no poden ser afrontats per les institucions (KATZ i BENDER, 1976).

Tant els fòrums virtuals com les associacions d'obesos i menjadors compulsius funcionen com a grups d'ajut mutu on es participa d'un procés comú i d'un itinerari terapèutic compartit pels seus membres. Emergeixen de situacions marginals no només des d'un punt de vista de salut sinó en relació a un aspecte físic poc d'acord amb els models ideals més acceptats. Els GAM presenten trets molt propis dels moviments típics de les societats industrialitzades desenvolupades, com la incorporació de coneixements tècnics especialitzats, la voluntat de pressió sobre l'entorn social i les administracions públiques. Es caracteritzen, generalment, per l'existència d'una reciprocitat horitzontal, simètrica i generalitzada entre els seus membres els quals es veuen a si mateixos com a equivalents. És el problema de salut comú el que estableix aquesta equivalència i que permet deixar en segon pla la diversitat cultural i social dels components del grup (WITUK *et alii*, 2000).

Però com afirma Gracia Fuster (1997), el primer que necessita ser definit i dotat de significat és el problema de salut que dona lloc al naixement del grup. El grup ha de donar orientacions vàlides o operatives davant d'un problema que altera la quotidianitat dels seus membres i la seva situació en el món. Per tant els GAM es justifiquen per alguna cosa més que per necessitats tècniques. Ningú més que els interessats poden definir la seva situació i donar significat al que fan. En aquests grups els afectats troben un espai on abordar experiències que no poden compartir amb les seves famílies o amics.

Dins la xarxa, emparats en l'anonimat poden expressar necessitats difícilment abordables arreu, dir allò que no dirien a ningú, o desfogar-se emocionalment: «... estic desitjant sortir d'aquest forat ja però ja no estic disposada a perdre molt més temps aquí perquè l'anada se m'escapa i com dius el temps no torna vull donar-vos les gràcies novament em sento molt acompanyada i m'encanta això sou com una gran família i vull formar part d'ella si pot ser».³²⁸ «El primer que vull fer

328 Sonia (24 anys).

és demanar ajuda, si és possible, estic desesperada! Jo no sé que fer, ni on anar, ni com expressar el que estic sentint. Sé que molta gent ha passat per això, és per això més aviat que vinc aquí demanar consell. Perquè de veritat, aquest lloc seria la meva última esperança, no trobo res, absolutament res, on aferrar»,³²⁹ «Etic cansada de ser un punt fàcil d'insults, i moltes coses més... no sé... que faig servir això avui una mica en mode d'alleujament, perquè també em sembla una mica absurd parlar amb algú i dir-li: no estic bé. No m'agrada. No vull seguir sent així... perquè crec que no ho entendran, ja que no tenen aquest problema». ³³⁰ També a través del grup s'aconsegueix un empoderament com a resultat de reprendre l'acció per un mateix i a compte dels altres. El grup és el lloc on un s'ajunta amb altres iguals per a poder mobilitzar recursos en nom d'interessos i necessitats comunes: «Totes estarem estupendes, ja veuran! No ens separem perquè he confirmat que juntes és més fàcil seguir endavant. Amb vosaltres m'he sentit recolzada i puc parlar obertament de la meva assumpte del sobrepès, i espero poder retribuir en alguna cosa els ànims i el suport que em donen!»³³¹

A Espanya, les associacions virtuals d'obesos constituïdes com a grups d'autoajut fan èmfasi no tant en la conformitat amb l'obesitat, com en ser acceptats com a malalts, davant la impossibilitat d'aconseguir la «normalitat» per mitjans propis, sigui per motius de salut o d'estètica, o pel desig d'una vida saludable. En els col·lectius analitzats a la Xarxa podem observar dos objectius, d'una banda, l'afany de ser considerats malalts insistint en la dificultat o en la impossibilitat de situar-se dins de patrons considerats sense risc, processos que sovint duren tota la vida, i de l'altra, la necessitat de combatre i eliminar formes de marginació insultants i ofensives: «La obesidad, no olvidemos que es una enfermedad y a pesar de no tener el trato de enfermos, lo somos. Nuestro eslogan es "luchando contra la obesidad" dando todo lo que podamos para hacer comprender que nadie cuando entre a este rincón de Internet, se sienta solo. No se obliga a nada, solamente se da la mano a quien lo pida ya que si una persona no reconoce su problema difícilmente se le podrá ayudar».³³²

No hi ha gaire diferències entre la concepció d'obesitat en el sistema sanitari i la que circula entre els GAM. No es discrepa entre diferents coneixements, tractaments o teràpies. Les solucions són compartides i poques vegades els supòsits científics són posats en dubte pels afectats. Sí que hem trobat itineraris d'entrades i sortides de l'àmbit sanitari al domèstic degut a errors, encerts, avinences i desavinences, trobades i desencontres entre tots dos àmbits. Això és perquè, a més de

329 Nina (18 anys).

330 Mary (21 anys).

331 Fina (32 anys).

332 <www.obesosadieta.com>.

l'intercanvi d'experiències pròpies, hi ha també informació contrastada a càrrec d'especialistes en el tema que solen formar part de la pròpia *web*. En els GAM, però, no hi ha especialistes, encara que les teràpies sanitàries coexisteixen amb les reunions de grup: «Això no vol dir que jo vagi al meu endocrinòleg i li digui: A veure: Què és el que em va bé per menjar? O sigui l'ajuda d'un professional és inestimable i OA el que ens diu és que hi ha un aspecte en què s'ha de tractar amb el professional. El que passa és jo aquí treball meva ment treball meu cos i estic treballant el meu propi esperit al mateix temps...»³³³

La ideació de la malaltia i les solucions recomanades pels col·lectius —en forma de dietes, per exemple— no s'allunyen de l'ortodòxia professional encara que sí aporten una manera nova d'entendre i afrontar les necessitats. No tracten de recuperar per a si mateixos competències que —pertanyent al cabal dels subjectes socials— haguessin estat alienades per la biomedicina. Quan ho fan és perquè senten que no els queda més remei. Els grups no són un complement, sinó un suplement per abastar algunes de les deficiències que pateix el panorama assistencial. «Hola a tots, sóc nova a aquest fòrum i ja fa algun temps buscava algú amb qui parlar sense embuts d'aquest tema ja que d'una banda amb la majoria de les persones em costa expressar i explicar el que em passa i amb altres, sento que no ho entendrien».³³⁴ «Fa 5 dies que estic fent dieta, crec que mai he estat tan animada, i sobretot he tingut tan poca por a ficar la pota... ningú em jutja, i si algun dia caic crec que aquesta vegada m'aixecaré i seguiré endavant».³³⁵ «Bé, simplement me n'alegro que hi hagi un lloc com aquest en el qual poder parlar lliurement dels nostres problemes i el que ens passa pel cap i comptar amb el suport de gent que pateix el mateix i que ens entén. Perquè realment, la gent que no està en aquesta situació, no és capaç d'adonar-se del que es pateix i molt menys posar-se en el nostre lloc».³³⁶ Si una raó capdal per participar-hi es deu al suport emocional que proporciona sentir-se part d'un grup, una altra té a veure amb la necessitat de recolzament per prendre decisions difícils, com són les intervencions quirúrgiques, punt on tots els afectats experimenten por o manca de decisió per prendre un camí que pot canviar les seves vides: «... arribar a l'hospital, entrar al quiròfan, pim, pam, i adéu! Llegeixo tants casos, que em saturo jo sola! Després veig les fotografies i dic, wow ... jo vull això! vull somriure i poder comprar roba on vulgui, sense les molèsties de sentir que em miren, o de no trobar la talla que necessito. Moltes gràcies per la benvinguda!!»³³⁷

333 Bàrbara (25 anys).

334 Wikita (24 anys).

335 Alma (27 anys).

336 Maia (32 anys).

337 Laia (27 anys).

Encara que a la sanitat pública són possibles algunes intervencions destinades a reduir pes, les usuàries es queixen que l'espera és llarga. Algunes acaben per assumir-ne els costos, ja siguin econòmics o psicològics —unes vegades amb resignació i altres amb frustració—, d'un tractament que hauria de gestionar l'administració. Per tant resulta essencial cercar un model que permeti afrontar els problemes dels afectats i mitigar les llacunes informatives que la sanitat pública encara no té satisfetes. «He arribat aquí fa una estoneta i he decidit registrar-me. Properament passaré per quiròfan per operar amb un bypass gàstric. A mesura que passen els dies i s'acosten les sessions, sento por. I he volgut participar aquí per llegir experiències, i ja sé que és una cosa que necessito, i que serà bo per a mi, per la meua salut, per a tot vagi! tothom em parla de més avantatges que inconvenients, però dóna una mica de miedito, el què passarà, què serà després...».³³⁸ «La realitat de la nostra atenció sanitària és que hi ha discriminació per part dels metges, les infermeres i en general per part dels professionals de la salut. No sempre però en molts casos si i això fa que moltes vegades no anem als metges perquè no volem que ens diguin grossos o que ens facin passar una mala estona per ser grossos, encara que anem perquè ens fa mal l'espatlla, tant se val...»³³⁹. «Si vas per la SS tingues paciència, la llista d'espera, segons on visquis, pot ser més o menys llarga. Mentrestant, aquí estem per compartir experiències, esperances, bons i dolents estones, etc.»³⁴⁰.

Si existeixen aquestes pàgines és, en part, pel fracàs viscut a les diverses opcions disponibles dins la xarxa assistencial. O són ineficaces o són insuficients. Myra es queixa que al seu hospital de referència: «... bo s'acaba tot i em diu que: 3 ANYS EN LLISTA D'ESPERA Mínim. Que aquesta setmana estaven operant pacient l'any 2005. Com pot ser això? Com es pot permetre aquest tipus de barbaritats? Jo sabia que no era arribar i moldre, porto més de 6 mesos de metge en metge, i tenia idea d'any, any i mig, Però 3 anys? Ens han dit que l'equip de cirurgia d'obesitat el qual realitza aquestes operacions només opera un dia a la setmana, però ¿Això es pot consentir? No es pot fer res contra això? Som malalts de la mateixa manera que centenars de persones, perquè ningú posa solució a aquest problema? L'Obesitat és un tema gairebé oblidat per la majoria de la gent, als únics que sembla importar és als que la patim o als familiars de pacients amb obesitat».³⁴¹ «Hola a tots, he descobert el vostre fòrum en un desesperat intent per veure si hi havia alguna associació o alguna cosa semblant de gent que tingués problemes de peso.

338 Mònica (16 anys).

339 Fatty (23 anys).

340 Fatty (23 anys).

341 Myra (30 anys).

La veritat és que estic molt desanimada i bastant atabalada amb l'obesitat, veig que si ets anorèxica o bulímica tens milers de psiquiatres i centres d'internament on et poden tractar, però si ets obès (sigui per la causa que sigui) té quedes als limbs de la sanitat i sense ningú que et doni un cop de mà». ³⁴² «Et diuen les coses de manera molt clara, és a dir, no et diuen, si t'operes t'anirà genial sinó que et diuen que estan havent molts casos de gent que s'ha operat i ha tornat a pujar de pes, com dient que tinguem ull i que siguem responsables del pas que anem a donar perquè una vegada donat, no hi ha marxa enrere. No es pot fer res més, i em sembla molt correcte que així sigui!» ³⁴³

Aquesta necessitat d'equiparar-se a qualsevol altres tipus de malalts reforcen les respostes de no-resistència als discursos i praxis hegemòniques. Les narratives de les *webs* giren al voltant d'un estricte seguiment de les pràctiques institucionalitzades, però han de considerar-se, paradoxalment, com a una conseqüència de la disfunció de recursos assistencials poc exitosos o insuficients. D'altra banda, altres alternatives són privades i no es troben a l'abast de tots els afectats. En aquest sentit, els joves grassos es veuen mig abandonats pel sistema sanitari públic. Aquestes són les crítiques més recurrents.

342 Ofelia (28 nays).

343 Mònica (16 anys).

Conclusions

Els discursos dominants sobre les conseqüències negatives de l'excés de pes, canalitzats a través d'institucions com l'OMS i de la literatura biomèdica, han contribuït a què a Catalunya l'obesitat hagi esdevingut un problema prioritari de salut pública, tot i que la prevalença es troba en una situació intermèdia.

Les dades indiquen que a Catalunya l'obesitat ha augmentat en les darreres dècades mentre el sobrepès s'ha estancat. Significativament, però, les franges d'edats corresponents als grups de joves són les que presenten una menor proporció d'obesos. Malgrat que les xifres parlen, fins i tot, d'una situació relativament òptima respecte a altres comunitats de l'estat, l'alarma s'ha disparat i els missatges contra el sobrepès han inundat escoles i instituts, consultes, llocs de treballs i mitjans de comunicació. Al mateix temps, les solucions proposades per experts i polítics, sovint simplistes per ser massa homogènies, s'han multiplicat sense mitjançar un debat crític sobre les causes del que avui es concep com «l'epidèmia no transmissible del segle XXI».

El procés de medicalització de l'obesitat, lluny de contribuir a desestigmatitzar les persones obeses, esdevé una via per (re)significar-la. L'ambivalència acompanya la definició de l'obesitat com a malaltia i de les persones obeses com a malaltes. En la mesura que l'alarma s'ha focalitzat principalment en infants i joves, aquests són els grups que reben més pressions sanitàries, escolars i/o familiars, i els que, discursivament, pitjor perceben i viuen l'experiència d'estar i sentir-se gras. Sota criteris probabilístics no sempre fundamentats, s'afirma que indefugiblement un nen gras esdevindrà un jove obès i aquest un adult obès. L'obesitat es presenta, doncs, com un camí sense retorn. Si des de la concepció biomèdica, els joves grassos són víctimes d'una societat consumista i permissiva i, per tant esdevenen malats, també són identificats com a persones que transgredeixen els models

normatiu per no evitar-la. Així, si bé és cert que el concepte de malaltia acostuma a implicar una exculpació dels pacients respecte del seu estat patològic, en el cas de l'obesitat aquest requisit no es compleix necessàriament, ja que es considera que la patologia és, en part, autoinflingida i això contribueix a no exonerar les víctimes.

La paradoxa és que no queda clar qui és realment el responsable de què. Mentre que durant la infantesa la responsabilitat d'estar gras es fixa, primer, en torn la família i els seus «estils de vida», durant l'adolescència i joventut la culpabilitat es subjectivitzava i la causalitat es fixa en relació a l'adequació o no de les conductes individuals. Les motivacions sovint no-racionals que suposadament guien les eleccions alimentàries dels joves, la manca d'educació nutricional adequada o la indulgència d'uns pares que no saben imposar límits a les demandes dels fills són els arguments biomèdics més comuns per explicar, de forma limitada, l'augment de l'obesitat juvenil.

Hem vist que les representacions i experiències al voltant de la corporalitat no són iguals per a tothom, ni romanen igual al llarg dels itineraris biogràfics. L'edat i el gènere esdevenen condicionants rellevants i ambdues variables afecten les trajectòries dels joves. Si la negativitat atribuïda a l'estar gras és viu incòmodament des de la primera socialització, durant l'adolescència s'accentua. El cos, en procés de ràpida i sovint involuntària transformació, adquireix un paper determinant en les relacions interpersonals i en la construcció de la identitat. Efectivament, el semblant físic juga un paper important en els itineraris dels joves, i l'augment de pes o l'acumulació desigual o la desproporcionada del greix són viscuts amb profund malestar. A mesura que les formes corporals s'allunyen dels patrons estàndards, les recriminacions s'activen als diferents espais relacionals i dificulten les relacions interpersonals. La desviació de la norma afavoreix la pròpia desvalorització subjectiva, de tal manera que l'estigmatització de l'obesitat esdevé un veritable cercle viciós: la víctima accepta i considera normals les incriminacions rebudes i inicia una depreciació personal que afecta negativament la imatge de si mateixa. En les dones, aquesta estigmatització encara és més punyent perquè, a més de ser més criticable, sovint apareix vinculada amb itineraris on la precarització és freqüent.

La discriminació és expressada com un fet constant i sistemàtic als diferents àmbits educatiu, laboral, familiar, oci i lleure en què transcorre la vida dels joves. La roba, els seients de transports o llocs públics, anar a la platja o a les classes d'educació física a les escoles i instituts són objectes i/o situacions crítiques que el fan recordar que, a diferència d'altres patiments, el seu no es pot dissimular ni amagar. L'obesitat sempre és visible. Tots, nois i noies, i de totes les edats, s'han

sentit avergonyits del seu cos enfront dels altres i d'ells mateixos. Tanmateix, la preocupació és més important entre les noies, ja que en la primor femenina es sintetitzen raons d'estètica, classe social i disciplina molt més exigents. Els nois i noies més joves consideren que l'adolescència és el període més vulnerable al ridícul que acompanya l'obesitat. Els joves més grans, però, tendeixen a relacionar la grassor excessiva amb la salut, cosa que no significa oblidar la rellevància de l'estètica.

Fer-ne un problema d'estar o ser gras té a veure amb la idealització i la mercantilització del cos prim i la medicalització de l'obesitat. De fet, a la bateria d'enemics de la grassor, s'hi ha afegit l'Estat, qui recrimina als obesos també els costos sanitaris que genera la seva atenció. És cert que el rebuig envers grassos existeix amb independència de la concepció de l'obesitat com a malaltia i, fins i tot, amb independència de l'edat, ja que hi ha raons de caire ideològic que l'han desconsiderat com a ideal corporal des de fa segles. Però el fet de definir-la com a patològica no sembla haver millorat la visió que la societat té d'ells. Malgrat les referències a les causes biològiques, la grassor no ha deixat de ser considerada com fruit de la golafreria, de la deixadesa o de la manca de voluntat, i l'obès es veu com a principal autor de la seva situació, en termes no llunyans a la idea que el golfre és un mena de «gran menjador», un *pecador* per l'excés. Predomina una concepció moral d'allò que es considera «massa» que facilita la culpabilització de les víctimes. Si estar malalt protegeix socialment i afavoreix el que se'n prengui cura (assistibilitat), els joves obesos —i els obesos en general— són considerats co-responsables del seu estat perquè ells «s'ho han buscat».

La medicalització de l'obesitat s'ha construït sobre la incompetència dels «menjadors»: com que no saben o no volen menjar bé han d'aprendre a fer-ho mitjançant el suport dels experts. Aquesta medicalització només els exculpa parcialment, per malalts. L'argument comú entre els professionals per explicar l'augment de l'obesitat entre els joves ha estat el desequilibri energètic, menjar massa i cremar poc. Focalitzar les causes en conductes individuals significa concebre l'obesitat com quelcom evitable o previsible. Si es menja bé, es fa exercici físic i es segueixen les recomanacions nutricionals els estils de vida esdevenen automàticament saludables i, en conseqüència, absents de malaltia. A l'etnografia, així com també a la literatura biomèdica, hi ha moltes al·lusions al fet que els joves són, en el conjunt de la població, els que pitjor mengen, els que mostren un desarrelament més gran respecte del patró de dieta saludable, els que consumeixen més *fast-food* o els que més oci passiu practiquen amb jocs electrònics o l'ordinador.

Nosaltres ens pregunten per què llavors els joves «no» són els més obesos de tots els grups d'edat, sinó al contrari? Tindrà a veure amb que són qui més activitats esportives fan del conjunt de la població? Si fos així, les noies haurien d'estar

més grasses que els nois, ja que fan menys exercici físic, però les dades epidemiològiques tampoc confirmen aquest fet. Potser llavors hauríem d'explicar la menor prevalença d'obesitat i sobrepès entre elles perquè mengen «millor»? En qualsevol cas, les valoracions que circulen sobre les pràctiques juvenils són contradictòries i/o insuficients. En aquest sentit, cal saber més sobre les conseqüències de les maneres de viure en les formes de menjar i en l'activitat física, i d'aquestes en la seva salut. D'altra banda, ens qüestionem la creença d'alguns dels professionals en relació a que les pràctiques alimentàries són universalment normalitzables, la qual cosa significa que desconeixen la naturalesa complexa de l'alimentació humana i la seva dependència de les condicions materials i culturals en què es produeix. La normativització corporal també s'aplica de forma injustificada, i actua invertint el seu objectiu inicial. S'actua sobre l'excés de pes per afavorir, sovint, l'excés invers: un cos en els límits de l'astènia. A més, la varietat de la casuística corporal és molt elevada i l'actitud dels professionals en front del sobrepès i l'obesitat hauria d'implicar una mirada relativista en relació al seu context socioeconòmic i no pot limitar-se a valorar principalment l'IMC.

La incomprensió que els joves senten dels seus iguals, familiars i sobre tot dels seus especialistes, és a dir, d'aquells qui els considera els seus pacients, augmenta el seu sentiment de culpa. Segons aquests, l'escàs èxit terapèutic es deu a la seva manca de voluntat i a la *non-compliance* del tractament. La vigilància individual del pes ha esdevingut un imperatiu de salut i social, i la majoria dels joves entrevistats han decidit posar-se a dieta legitimats per la profusió de recomanacions anti-obesitat que des del sector sanitari i des del mercat s'han generalitzat. Aquesta pressió social que imposa un cos prim duu a que els joves visquin obsessionats amb el pes corporal i el menjar. Lluny de preocupar-se pels efectes del pes en la seva salut, els intents d'aprimar-se tenen a veure amb evitar allò que els fa patir. Posar-se a dieta, un dels pocs recursos disponibles, es converteix però en una tortura sistemàtica, ja que la majoria d'iniciatives resulten ineficaces. El problema primari per a ells no és l'obesitat en tant que malaltia sinó viure dins d'un cos que de forma recurrent es posat en qüestionament. És llavors quan el menjar —font de conflictes però també de plaer—, pot ser un dels pocs suport emocionals.

La pitjor conseqüència del rebuig a l'obesitat és que la persona grassa interioritzi i accepti les avaluacions negatives, i assumeixi la seva única responsabilitat i incapacitat de trobar-ne solució. Això pot resultar especialment greu quan aquesta percepció està present des de la infantesa o l'adolescència. Amb certa freqüència els pares, i especialment les mares en tant que cuidadores, intenten convèncer els fills i, sobre tot les filles, perquè es posin a dieta i el seu pes s'ajusti als estàndards. Entrar dins de la normalitat ponderal és el que tots desitgen. Quan l'alarma s'ac-

tiva primerament en els espais més propers, aquests nois i noies expressen una incomoditat vers el seu cos més rotunda. Han assumit des de petits que estar gras és lleig i que ells fan fàstic, pena o fan riure. Els joves grassos, als ulls dels altres, són un fracàs personal, mèdic i social.

No podem establir una correlació entre obesitat i baix nivell d'estudis o d'ingressos tenint en compte els joves entrevistats. Tenen en comú el fet d'haver estat diagnosticats de sobrepès i/o obesitat i seguir un tractament en la xarxa assistencial pública, però les seves característiques socioeconòmiques són molt diverses. Procedeixen d'instituts i escoles públiques i privades, de barris diferenciats socialment i de grups domèstics amb professions i ingressos molt variables. Que no haguem pogut evidenciar aquesta correspondència no vol dir que no existeixi i tingui conseqüències. De fet, en els casos dels joves amb menys recursos, els mecanismes per introduir canvis en les pràctiques quotidianes o per cercar d'altres solucions són molt més limitats. Tampoc hem pogut valorar entre els nois i noies més joves si l'obesitat afavoreix la mobilitat social descendent. Molts entrevistats són estudiants o fa poc temps que treballen, i es fa difícil observar tendències en la mobilitat intrageneracional o intergeneracional. Només els que pertanyen a la franja d'edat de 30-35 anys han donat compte de les diverses formes de discriminació viscuda, i com l'obesitat ha afectat la seva mobilitat social i les expectatives laborals. La majoria dels que treballen, especialment les dones, ho fan en ocupacions d'escassa o mitjana qualificació, i en qualsevol cas per sota de la seva formació. Cal reconèixer, però, que aquesta situació és també molt comú entre tota la joventut catalana. Sembla pertinent, en qualsevol cas, plantejar l'obesitat com un objecte de doble determinació: d'una banda l'estatus socioeconòmic es pot considerar com causa i, alhora, com conseqüència.

La majoria dels nostres informants es mouen entre sentiments ambivalents en relació a actituds de resistència. D'una banda, manifesten el desig d'aprimar-se i d'una altra, hi ha intents, tímids i poc freqüents, de reafirmació de la pròpia imatge. Quan aprimar-se esdevé difícil cal acceptar-se i ser acceptat. A la Xarxa, les webs i fòrums sobre obesitat on participen els joves no s'ha observat, a diferència d'altres països, formes de resistència específiques enfront de la visió que la societat té de la grassor i de les persones grasses. No es considera que l'obesitat sigui bella ni estan orgullosos de ser-ho. Cal evitar-la i aquestes pàgines acostumen a donar consells bàsics sobre tractaments. L'adhesió a queixes o denúncies és per refusar la marginació infringida i per reivindicar que són persones malaltes. Les comunitats virtuals, en aquest sentit, actuen com a grups d'ajuda mútua. Permeten a les persones obeses compartir amb «iguals» informació, experiències, preocupacions,

decepcions i pors; aspectes tots ells que no són o no poden ser afrontats per les institucions sanitàries.

Les campanyes preventives analitzades no són socialment neutres. Estan impregnades de concepcions morals sobre què és o no correcte. Remeten a modificacions en l'aprenentatge de les formes de vida basada en la dieta i l'exercici que ignora els condicionants individuals i socials dels joves. La promoció de la salut ha de tenir en compte el context socioeconòmic i cultural de la gent i no dissenyar-se solament com reforçadors positius de la voluntat subjectiva. D'altra banda, s'ha d'evitar tota forma d'estigmatització, especialment aquelles que de manera més o menys ingènua es deriven de la voluntat de millorar els anomenats «estils de vida». Malauradament, una part dels programes de promoció de la salut s'estructuren sobre aquesta idea reduccionista de l'alimentació i de la salut, així com dels estils de vida, entesos no com a pràctiques més o menys conscients fruit de les condicions materials i ideològiques d'existència de les persones, sinó com a conductes «tríades» —menjar sucres i greixos o estar inactiu— a partir de les quals posarien voluntàriament en perill la seva salut. Aquesta concepció és culpabilitzadora i no ajuda ni a trencar els mecanismes de desvalorització construïts al voltant de la grassor ni a incloure accions específiques que permetin abordar diferencialment els problemes de salut. De no modificar el contingut de les estratègies per fer-hi front, difícilment es trenqui el camí sense sortida en què avui sembla transitar l'obesitat.

Annexos

Fitxa de la recerca

Els objectius principals de la recerca són els següents:

1. Revisió bibliogràfica sobre el debat científic i l'activisme anti-obesitat i pro-obesitat.
2. Descripció de les causes i els factors que s'associen amb l'augment de la prevalença de l'obesitat juvenil a Catalunya. Si les fonts estadístiques disponibles ho permeten, descriure el perfil sociodemogràfic del joves considerats obesos atenent a variables d'edat, classe social i gènere.
3. Descripció de la situació epidemiològica a Catalunya i anàlisi de les estratègies institucionals creades per fer-hi front i prevenir-la.
4. Anàlisi de les experiències i les representacions socials al voltant del cos gras i els mecanismes d'evitació i/o control del pes i volum corporal, establint les diferències/similituds que es produeixen segons edats (adolescents-joves i joves-adults), gènere (nois i noies) i nivell d'ingressos respecte d'aquestes experiències i representacions.
5. Caracterització dels principals atribut associats a l'obesitat i els processos d'estigmatització i de les formes de discriminació viscudes en l'àmbit familiar, educatiu, lleure, professional i assistencial.
6. Anàlisi dels marcs interpretatius de l'obesitat en tant que malaltia i els seus tractaments, tant des del vessant assistencial sanitari (professionals) com des dels adolescents i joves diagnosticats i tractats.
7. Descripció de les possibles estratègies ideades pels joves per tal d'afrontar les diferents formes de discriminació i anàlisi del tipus de participació que tenen en els grups d'ajuda mútua i a les webs/fòrums d'Internet.

EL DISSENY I LA METODOLOGIA

La nostra aproximació metodològica ha estat principalment qualitativa. Hem treballat amb diferents tipus d'informació, tot i que la més rellevant s'han obtingut de la revisió bibliogràfica, de l'anàlisi documental i del treball de camp com a suport empíric.

A partir de la bibliografia sobre alimentació i salut, hem ampliat les referències amb l'objectiu d'incorporar literatura publicada sobre obesitat (factors i variables condicionants), pràctiques corporals i alimentàries, usos socials del temps entre els joves i moviments activistes. Per això, hem tingut en compte estudis publicats des de disciplines que aporten discussions teòriques i metodològiques d'interès. Aquest nivell d'anàlisi ens ha permès construir el marc teòric, formular una problemàtica específica i orientar el com abordar-la. Ha superat la dedicació prevista inicial, doncs la cerca ha estat fructuosa, i presentada a la bibliografia final. El buidatge i anàlisi s'ha dut a terme mitjançant programaris de software d'anàlisi qualitativa.

A aquest material cal afegir la cerca documental feta principalment a internet. Hem recopilat les principals enquestes de salut, accions i estratègies integrals preventives i altres fonts estadístiques de caràcter autonòmic, estatal i internacional.

Molts estudis fets en aquest àmbit són epidemiològics o es tracta d'enquestes de salut. Sovint donen poca informació per comprendre l'obesitat. En els darrers anys, la metodologia qualitativa és més utilitzada en estudis sobre salut, doncs evita l'abstracció i la sistematització que requereixen els estudis de base estadística i el risc de deixar de banda aspectes crucials per *comprendre* els fets, el «què», «el com» i el «perquè» sense assumir que els subjectes són objectes. El seu principal avantatge és la seva validesa i la seva proximitat a les pràctiques quotidianes. Proponem un estudi basat en el mètode etnogràfic utilitzant, però, fonts diferents.

La investigació s'ha realitzat entre febrer del 2009 i març del 2010. Ha tingut com marc general Catalunya, tot i que el treball de camp s'ha desenvolupat principalment a Tarragona i Barcelona, ciutats on l'equip de recerca té, per la seva trajectòria d'estudis previs, més fàcil accés als dispositius assistencials i la xarxa d'informants. Aquets dos nuclis metropolitans, juntament amb Cambrils, Tortosa, Badalona, Manresa i Mallorca tenen característiques sociodemogràfiques diferents, i alhora comparteixen aspectes en comú: processos de canvi social, industrialització, urbanització, salarització, escolarització, terciarització, immigració, incorporació de les TIC a la vida quotidiana. Això significa canvis en les maneres de viure i pensar (precarització laboral, fragmentació del horaris, individualització del gustos i preferències, relacions paterno-filials, concepció del cos i la salut, etc.).

Els criteris de selecció dels centres s'han basat en la dicotomia públic/privat, en les formes d'abordatge clínic, els anys d'experiència en el tractament, la novetat en els programes terapèutics i la viabilitat en la realització de treball de camp. Donat que un dels nostres objectius era una etnografia de la pràctica a les institucions sanitàries hem considerat imprescindible la predisposició dels centres assistencials a participar en aquest projecte. Hem treballat en dos hospitals públics, un d'ells amb una unitat d'ingrés especialitzada en obesitat juvenil i adulta, dos Centres d'Atenció Primària i un establiment privat especialitzat en la prescripció de dietes per aprimar.

Com en ocasions anteriors, hem treballat amb un nombre de casos reduït per aplicar tècniques d'anàlisi qualitativa que permetessin reconstruir i explicar l'entramat cultural i el context de l'obesitat i els processos d'estigmatització/discriminació que l'envolten. En la selecció dels casos hem tingut en compte joves que han estat o estan diagnosticats d'obesitat, atenent a les principals variables sociodemogràfiques establertes. És el cas de l'edat, la classe social i el gènere. Des de la intervenció, sovint orientada per un discurs sobre les necessitats dels joves, hi ha una tendència a establir límits sobre l'entrada i sortida de la joventut i alguns diferencien entre joves adolescents i joves adults. En el nostre treball, la cerca d'informants de dos grups etaris diferents no respon tant a aquesta tendència, com a l'interès de veure els itineraris biogràfics en diferents moments de un mateix continuïum vital. Així, tot i que no és fàcil establir línies divisòries que no siguin arbitràries en un continuïum de canvis, ens hem centrat en dos cohorts d'edat de joves: 12 noies i nois entre 15 i 20 anys (adolescents-joves), i 8 joves de 20 a 29 anys (joves-adults). Finalment, hem incorporat també 5 joves entre 30-35 anys, ja que encara que poden considerar-se adults, han proporcionat un itinerari social i personal més ric i una visió longitudinal més àmplia sobre les seves experiències i representacions de l'obesitat.

Donat que les nostres hipòtesis donen rellevància al paper que juguen els processos d'enculturació en referència a les representacions i practiques corporals/alimentàries, les formes i mitjans de comunicació i promoció social, hem cregut oportú tenir en compte les valoracions dels agents socialitzadors: pares/tutors, educadors i els grups d'iguals. La selecció dels 17 informants s'ha fet en la segona fase del treball de camp a partir dels resultats de les entrevistes amb els joves i la seva xarxa social (professors/companys/amics) i els hem agrupat per realitzar 3 grups focals. Per la seva banda, la selecció dels 8 professionals sanitaris s'ha fet en funció del seu interès i disponibilitat als centres d'atenció sanitària on hem treballat. Hem entrevistat endocrinòlegs, psiquiatres, psicòlegs clínics, personal d'infermeria i de nutrició i dietètica i tècnics en salut pública.

Paral·lelament, hem inventariat els intercanvis escrits de persones enregistrades als fòrum de webs <www.gordos.com/>, <www.obesos.org> i <www.adelgazar.net> que s'han qualificat com *obeses* o *grasses joves catalanes*. La seva recopilació ha estat central doncs reflecteixen la interacció de les persones en un context on el «cara a cara» és sovint molt difícil. Els mètodes etnogràfics han permès a l'antropologia l'estudi dels grups humans en el seu hàbitat natural. Si el «lloc» ha estat un paràmetre clau per a l'antropòleg, les noves etnografies es fan en els «no-llocs» on es difuminen els límits espai-temporals. Des que a mitjans dels 90 Internet esdevingué objecte de l'etnografia (MILLER i SLATER, 2000) el desenvolupament de la realitat virtual ha comportat incerteses de tipus epistemològic i metodològic sota noves fórmules i plantejaments. Les característiques dels col·lectius estudiats, el tipus d'interacció que hi ha entre investigador i subjecte investigat, han portat a molts autors a revisar conceptes com el de *camp*, *accés al camp*, *presència* de l'etnògraf en el camp o *participació* (ARDÉVOL, 2008). La tecnologia es converteix en objecte de l'etnografia virtual, plantejant nous reptes. Segons Hine (2000), la metodologia etnogràfica és inseparable dels contextos on es desenvolupa i per això la considera des d'una perspectiva adaptativa que reflexiona al voltant del mètode. La postura etnogràfica descrita per l'autora intenta fer justícia a la riquesa i complexitat d'Internet, alhora que advoca per l'experimentació dins d'un gènere que respon a situacions totalment noves. Gómez Cruz (2008) afirma que: «Seria un error analitzar els sistemes de comunicació mediada per ordinador com una unitat autònoma i separada de la societat real» com alguns autors proposen (WARD, 1999; PACCAGNELLA, 1997, a HINE, 2000). Perquè si bé el virtual és independent del real, en el sentit que proposa els seus propis mecanismes socials de poder, identitat, comunitat i comunicació, no podem ni hem d'oblidar, que més enllà dels personatges gestats a les pantalles hi ha persones assegudes en front d'ordinadors, en llocs molt diversos i amb un «capital cultural» que pot ser radicalment diferent. La realitat es construeix a partir dels significats socials que les persones assignen al món que les envolta (GÓMEZ CRUZ, 2008).

En aquest estudi, la cerca d'informants a Internet ha estat difícil. Molts dels internautes no aportaven, a les seves intervencions als fòrums, informació sobre la seva edat o residència. Per altra banda, la recerca s'ha fet recollint cinc ítems: narratives sobre «tractes discriminatoris» pel fet de ser obès, «dificultats en la vida social» per estar gras, tracte en diferents «xarxes assistencials», «mecanismes de resistència» elaborats per fer front a les discriminacions i «diaris i històries de vida», que permetien una anàlisi més transversal i diacrònica en relació a estar gras. La recerca partí de 118 intervencions que en funció de la seva residència a Catalunya i edat entre 15 i 30-35 anys finalment van quedar reduïdes a 29. Es

descartaren vuitanta-nou internautes. Trenta-nou perquè no sabíem on vivien malgrat que tenien l'edat adequada. De vint-i-nou, no sabíem ni edat ni lloc de residència, però feien aportacions interessants. Onze persones vivien a Catalunya però no sabíem l'edat, i deu internautes no vivien al Principat.

Finalment, per identificar la diversa tipologia d'informants mantenint el seu anonimat hem emprat codis que serveixen per ubicar al lector (vg. la informació sobre la tipologia dels informants en l'annex final).

La forma més elemental de conèixer i analitzar els processos de *salut/malaltia/atenció* passa per la reconstrucció mitjançant l'observació, el relat o la documentació dels processos assistencials o itineraris terapèutics de casos o individus concrets. Aquesta és una tècnica clàssica en Antropologia mèdica, diferent a la mirada clínica que es concentra en el *cas individual* i tendeix a menystenir el context, la circumstància del mateix. En canvi l'Antropologia mèdica, com feia la medicina fa un segle, combina tècniques clíniques —entrevistes per exemple— amb tècniques etnogràfiques que permeten observar, interpretar i comprendre el que li passa al malalt. Les tècniques de recollida d'informació han estat *l'observació directa*, les *entrevistes en profunditat* i els *grups focals*.

Observació participant

Hem emprat dos nivells, l'anomenada «observació participant flotant», que és de caràcter informal i consisteix en observar tot allò que té lloc de manera regular, quotidiana i que en nombroses ocasions ens ofereix una informació molt valuosa, i una altra, directa i més formal que hem desplegat en l'àmbit de les institucions sanitàries i establiments dietètics. En el treball a Internet hem utilitzat dos tipus d'observació: la derivada de conèixer el funcionament dels fòrums per poder extreure els *verbatim*s que cercàvem i la de *participar com a usuari*. Ens hem presentat al grup de persones que comparteixen el mateix espai de discussió explicant els objectius de la recerca. Alguns s'han interessat pel nostre projecte i els hem convidat a parlar amb nosaltres. Han estat, però, una minoria.

Entrevistes en profunditat i relats biogràfics

El tipus d'entrevista utilitzada entre els informants diagnosticats de sobrepès i/o obesitat han estat les entrevistes en profunditat, articulades en cinc camps temàtics: *experiències i pràctiques corporals*, *mitjans de control del pes*, *formes de discriminació i àmbits*, *tractament i relacions amb experts* i *formes de resistència i/o resposta*. L'entrevista ha estat dissenyada tenint en compte, en els joves de més edat, la inclusió d'apunts biogràfics per tal de reconstruir moments clau del cicle vital. L'enfocament biogràfic és útil quan hom busca contextualitzar en el temps

itineraris corporals i assistencials i trajectòries personals i socials. Ens ha permès reconstruir moments clau i explorar la subjectivitat relacionada amb experiències que afecten a les relacions interpersonals (familiars, iguals, educadors...), a la concepció i pràctiques corporals, a la feminitat-masculinitat, la malaltia i els tractaments. Per la seva complexitat, només ho hem utilitzat en casos puntuals. En el cas dels professionals sanitaris també hem aplicat l'entrevista en profunditat, centrant les preguntes sobre la concepció de l'obesitat com a malaltia, els recursos assistencials i terapèutics disponibles i, molt especialment, sobre les relacions establertes amb els pacients durant el tractament.

Per la seva part, els grups focals afavoreixen l'emergència i el contrast entre diferents punts de vista que no proporcionen la resta de tècniques. Els processos de negociació i debat que s'han produït entre les persones que participen han estat interessants per l'anàlisi de la variabilitat/coincidència de les experiències i representacions de l'obesitat, els enfocaments terapèutics, els dispositius assistencials o els programes de prevenció.

Un cop recollit el material procedent de les fonts orals, hem buidat i analitzat la informació. En el cas de les entrevistes, hem fet primer la transcripció literal. El buidatge dels textos l'hem estructurat segons l'agrupació temàtica establerta i dividida per ítems. A més a més, donat que el volum de dades ha estat rellevant, ja que hem d'afegir la recerca en la xarxa d'Internet, l'hem processat mitjançant un programari d'anàlisi qualitativa.

Annex: Característiques dels informants entrevistats i codificació

Joves informants

Edat	De 15 a 20	12
	De 21 a 29	8
	De 30 a 35	5
Sexe	Dones	14
	Homes	11
Formació	Estudiants en formació:	
	Secundària	8
	Batxillerat	1
	Cicle formatiu	1
	Diplomatura	2
	Amb estudis acabats:	
	Primària	5
	Secundària	1
	Batxillerat	1
	Cicle formatiu	2
Diplomatura	3	
Llicenciatura	1	
Ocupació	Estudiants	12
	Sense ocupació	2
	Amb ocupació:	
	Feina sense qualificació	5
	Feina requereix Cicle Formatiu	3
Feina requereix Diplomatura	3	
Ingressos individuals	Estudiants:	
	Sense ingressos	10
	Amb ingressos (0-1000)	2
	0-1000	7
1001-2000	6	

Ingressos unitat domèstica		
1001-2000		3
2001-3000		15
3001-4000		4
+ 4000		3
Ocupació pares		
No informació		11
Mare no treballa, pare treballa sense estudis		5
Mare i pare treballen sense estudis		4
Mare i pare funcionaris		1
Mare i/o pare tenen llicenciatures		4

Annex 10

Grup de discussió Pares amb joves amb sobrepès/obesitat

Edat		
Més de 50		3
Més de 60		2
Sexe		
Dones		5
Homes		0
Formació		
Sense estudis		3
Formació professional		
Ocupació		
Mestressa de casa	3	
Activitat remunerada		2
<i>Grup Focal d'Educadors</i>		
Edat		
Menys de 50		3
Més de 50		2
Sexe		
Dones		3
Homes		2
Formació		
No ho sabem		1
Llicenciatura		4

Ocupació		
	Professors	3
	Coordinadora menjador	1
	Psicòloga municipal	1
<i>Grup Focal Joves (Normopès)</i>		
Edat		
	De 15 a 20	3
	De 21 a 29	4
Sexe		
	Dones	4
	Homes	3
Formació		
	ESO	1
	Batxillerat	2
	Cicle Formatiu superior	1
	Llicenciatura	3
Ocupació		
	Estudiants	3
	Sense ocupació	1
	Amb ocupació	
	Feina requereix Cicle Formatiu	1
	Feina requereix llicenciatura	2

Annex 11

Professionals sanitaris i experts

Sexe		
	Dones	3
	Homes	5
Formació		
	Medicina	4
	Psicologia	1
	Infermeria	1
	Dietètica	1
	Bioquímica	1
Ocupació		
	Consulta privada obesitat	2
	Servei de digestiu hospital	1
	Servei de pediatria hospital	1
	Consulta pediatria	1
	Servei endocrinologia hospital	1
	Docència	2

Annex 12*Joves de Catalunya i Països Catalans*

Webs		
	Adelgazar.net	12
	Obesos.org	17
Edat		
	De 15 a 20	6
	De 21 a 29	17
	De 30 a 35	6
Sexe		
	Dones	23
	Homes	6
Procedència		
	Catalunya	
	Barcelona	12
	Tarragona	3
	Girona	3
	València	
	Castelló	3
	València	3
	Alacant	3
	Illes Balears	2
Posts publicats		
	2006	3
	2008	15
	2009	11

Dels joves entrevistats i els internautes hem substituït els noms reals per ficticis, mantenint sempre l'edat, ja que aquesta és una variable rellevant en l'anàlisi. Amb els professionals sanitaris hem afegit un codi per identificar el tipus de centre als que estan adscrits (CAP: Centre d'Atenció Primària, HP: Hospital, CP: Centre Privat) i la seva especialitat professional (Metge Nutricioniste, Metge Digestiu, Metge Pediatre, Metge endocrinòleg, Psicòleg Pediatre). Pel que fa els informants de grups de discussió els hem identificat de la següent manera: Grup Focal de Joves No Obesos (GFJ-Jove1; GFJ-Jove2...); Grup Focal Educadors (GFE-Professor1, GFE-Professor2...); i finalment Grup Focal Pares (GFP-Mare1, GFP-Mare2...)

Bibliografia

- ALEMANY, M. (1996) *Obesidad y nutrición*. Madrid, Alianza.
- ALEMANY, M. (2000) «Postura escéptica», *Nutrición y Obesidad*, 3: 47-52.
- 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.
- ALLUÉ, M. (2003) *Discapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- ALLUÉ, M. (2009) *La piel curtida*. Barcelona, Bellaterra.
- APHRAMOR, L. (2005) «Is A Weight-Centred Health Framework Salutogenic? Some Thoughts on Unhinging Certain Dietary Ideologies», *Social Theory & Health*, 3: 315—340.
- APPADURAI, A. (2001) *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris, Payot.
- ARANCETA BARTRINA, J. (2008) «Obesitat infantil: nous hàbits alimentaris i nous riscos per a la salut», a DÍAZ MÉNDEZ, C., I GÓMEZ BENITO, C. (coord.), *Alimentació, consum i salut*, Col·lecció Estudis Socials núm. 24, Fundació «la Caixa», pp. 210-240.
- ARANCETA-BARTRINA, J., PÉREZ, C. (2006) «Epidemiología de la obesidad», a MORENO, B., MONEREO, S., ÁLVAREZ, J. (dir.), *La Obesidad en el Tercer Milenio*, 3ª ed. Madrid, Ed. Médica Panamericana, pp.99-114.
- ARANCETA, J. *et alii* (1998) «Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO'97», *Medicina Clínica*, 111: 441-445.
- ARANCETA, J. *et alii* (2003) «Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO'2000», *Medicina Clínica*, 120: 608-612.

- ARDÉVOL, E. (2008) *La mediación tecnológica en la práctica etnográfica*. XI Congreso de Antropología. San Sebastián-Donosti.
- AUSTIN, T. (1998) *Análisis crítico del Modelo de la «Cultural Studies»*. Disponible a:<http://www.lapaginadelprofe.cl/com/EstudiosCulturales/Cultstudies.htm> (Consultat el 16-11-2012)
- BARBANY, M., FOZ, M. (2002) «Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico», *ANALES Sis. San. Navarra*, 25 (Supl. 1): 7-16.
- BARBERO, J.I. (2003) *La educación física y el deporte como dispositivos moralizados*. Barcelona, Ediciones Destino.
- BARQUERA, S. et alii (2006) *Sobrepeso y obesidad*. México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- BARTHES, R. (2003) *El sistema de la moda y otros escritos*. Barcelona, Paidós.
- BASDEVANT, A.; GUY-GRAN B. (2004) *Médecine de l'obésité*. Paris, Flammarion.
- BASDEVANT, A. (2009) «But et abus de la définition medical contemporaine», a *Trop gros? Lobesité et ses représentations*. Éditions Autrement, núm. 254, pp.112-122.
- BEAUVOIR, S. (2000) [1949]. *El segundo sexo*. Madrid, Càtedra.
- BERGA, A. (2005) «La perspectiva de gènere: una nova mirada a la realitat social» *Educació Social- Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 31: 15-24.
- BOLTANSKI, L. (1975) *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires, Periferia.
- BOURDIEU, P. (1988) *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Madrid, Taurus.
- CAHNMAN, W.J. (1968) «The stigma of obesity», *Sociology of Quarterly*, 9 (3): 283-289.
- CAMPOS, P. (2004) *The obesity myth: Why america's obsession with weight is hazardous for your health*. Nueva York, Gotham Books.
- CAMPOS, P. et alii. (2006) «The epidemiology of overweight and obesity: Public Health crisis or moral panic?», *International Journal of Epidemiology*, 35: 55-60.
- CANALS, J. (2002) *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en el estado del bienestar*. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.
- CHARLES, MA.; ESCHWÈGE, E.; BASDEVANT, A. (2008) «Monitoring the obesity epidemic in France: the Obepi surveys 1997-2006», *Obesity*, 16 (9): 2182-2186.
- COHN, N. (1980) *Los demonios familiares de Europa*. Madrid, Alianza Editorial.
- COMAS, D.; ROCA, J. (1996) «El cuidado y la asistencia como ámbito de expresión de la tensión entre biología y cultura», a CONTRERAS, J. (comp.), *Reciprocidad*

- dad, cooperación y organización comunal desde Costa a nuestros días*. Zaragoza, Instituto Aragonés de Antropología-FAAEE, pp. 57-70.
- COMELLES, J.M. (1981) «La necesidad del otro. Sobre las relaciones entre Antropología y Psiquiatría», *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 8:149-173.
- COMELLES, J.M. (1996) «De la práctica etnográfica a la práctica clínica en la construcción del Estado contemporáneo en España», a AGUILAR, E. (eds.), *De la construcción de la historia a la práctica de la antropología en España*. I Simposio del VII Congreso de Antropología Social. Zaragoza: Instituto Aragonés de Antropología-FAAEE. pp. 133-152.
- COMELLES, J.M. (2004) «Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI», a Fernández, G., *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito, Abya-Yala, pp.17-30.
- COMELLES, J.M. (2011). «The beast in me. The evolution of mad bodies in contemporary Europe». FAINZANG i HAXAIRE, *Of Bodies and Symptoms*. Tarragona, Publicacions URV.
- COMELLES, J.M.; ALEMANY, S.; FRANCÈS, L. (2013, en premsa). *De les conductes del comú a la «cartilla» del Seguro. El procés de medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*. Barcelona: IPEC-Generalitat de Catalunya.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (CCE) (2007) «Documento de trabajo de los servicios de la Comisión», anexo al *Libro Blanco. Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*. Resumen de la Evaluación de Impacto, Bruselas.
- CONTRERAS, J. (2002) «La obesidad: una perspectiva sociocultural», *Form Contin Nutr Obes*, 5 (6): 275-286.
- CONTRERAS, J. (2009) «Dimensiones socioculturales de la obesidad», a Foz, M (dir.), *Revista Humanitas, humanidades médicas*, 43:15-33, octubre, ISSN: 1886-1601.
- CONTRERAS, J.; GRACIA-ARNAIZ, M. (dirs.) (2004) *La alimentación y sus circunstancias*. Barcelona, Alimentaria Exhibitions.
- CONTRERAS J.; GRACIA-ARNAIZ, M. (dirs.) (2006) *Comemos como vivimos. Alimentación, salud y estilos de vida*. Barcelona, Foro Internacional de la Alimentación
- CRAMER, P.; STEINWERT, T. (1998). «Thin is good, fat is bad: how early does it begin?» *J Appl. Dev. Psychol*, 19: 428-451.
- CSORDAS, Th. (ed.) (1994) *Embodiment and experience*, Cambridge, Harvard University Press.

- DEL VALLE, T. (coord.) (1999) *Modelos emergentes en los sistemas y relaciones de género*, memoria final de investigación.
- DIETZ, WH.; ROBINSON, TN. (2005) «Overweight children and adolescents», *The New England Journal of Medicine*, 352: 2100-9.
- DUPONT, F. (1984). «Pestes d’hier, pestes d’aujourd’hui.» *Histoire Economie et Société*, 4: 511-525.
- ELIAS, N. (1973) *La civilisation des moeurs*. París, Calmann-Levy.
- ESTEBAN, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2007) *Revisión del plan internacional de acción sobre envejecimiento*, UAM VIII Congreso CEOMA.
- FISCHLER, C. (1995) *L’(H)omnivore*. Barcelona, Anagrama.
- FLEGAL, K.M. *et alii* (1998) «Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994», *International Journal of Obesity*, 22: 39-47.
- FLEGAL, K.M. *et alii* (2002). «Prevalence and Trends in Obesity Among US Adults, 1999-2000», *JAMA*, 288: 1723-1727.
- FLEGAL, K.M. *et alii* (2005). «Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight and Obesity», *JAMA*, 293 (15): 1861- 1867.
- FLEGAL, K.M. *et alii* (2007) «Cause-Especific Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight and Obesity», *JAMA*, 298 (17): 2028-2037.
- FOUCAULT, M. (1979) *Discipline and Punish: The Birth of The Prison*. New York, Vintage.
- FOZ, M. (2004) «Historia de la obesidad», a FORMIGUERA, X. (dir.), *Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. Monografías Humanitas*. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 6: 3-19.
- FOZ, M.; GARCÍA, P.; SALAS, J. (2002) «Estado nutricional de la población anciana de Cataluña», *Medicina clínica*, 118(18): 707-715.
- FREIDSON, E. (1978) *La profesión médica*. Barcelona, Península.
- GARLAND, D. (2008) «On the concept of moral panic», *Crime, media, Culture*, 4 (1): 9-30.
- GERMOV, J.; WILLIAMS, L., (1999) «Dieting women: self-surveillance and the body panopticon», *Progress in Human Geography*, 24: 219—242.
- GOFFMAN, E. (1970) *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- GÓMEZ CRUZ, E. (2008) «Identidad en las comunidades virtuales», *Entér@te en línea*, Año 7 Núm. 74, Publicación Mensual, 27 de Noviembre de 2008. Disponible a: <<http://www.enterate.unam.mx/Articulos/2003/enero/virtual.htm>>

- GONZÁLEZ, B. (2005) «La obesidad como problema de salud y como negocio», *Gestión clínica y sanitaria*, 7 (3): 83-87.
- GORAN, M. (2001) «Metabolic precursors and effects of obesity in children: a decade of progress, 1990-1999», *American Journal of Clinical Nutrition*, 73:158—71.
- GORTMAKER, S.L. *et alii* (1993) «Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood», *New England Journal Medicine*, 329:1008-1012.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (1996). *Paradojas de la alimentación contemporánea*, Barcelona, Icaria.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2007) «Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario», *Salud Pública de México*, 49 (3): 236-242. Disponible a <http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Mayo%20Junio/9-comer.pdf>.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2008) «Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: la construcción social de la anorexia nerviosa», a GRACIA-ARNAIZ, M. (coord.), *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona, Ariel, pp. 349-375.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2009) «La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social», *Revista de Nutrição, Campinas*, 22 (1): 5-18, jan./fev.
- GRACIA-ARNAIZ, M. *et alii* (2005) *Género, dieting y salud: una análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres*, Estudios e investigaciones, Instituto de la Mujer. Disponible a: <http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/estud_inves/generodieting.pdf>.
- GRACIA-ARNAIZ, M.; COMELLES, J.M. (eds.) (2007). *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona, Icaria.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2010) «“Eat and weigh less”: the Obesity as a Social Problem», a RICARDO, A. «Anthropology in a Feminine Key. Essays and thoughts in honour of Annie Hubert», *Estudios del Hombre*, 28: 157-176.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2010a) «Fat Bodies and Thin Bodies: Cultural, Biomedical and Market Discourses on Obesity», *Appetite*. Estados Unidos.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2010b) «La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social», *Gaceta Médica de México*, 146 (6): 389-396.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2010c) «Obesity as a Social Problem: Thoughts about its Chronic, Pandemic and Multi-factorial Character», a FAINZANG, S.; EINAR

- HEM, H. i BECH RISOR, M. (ed.) *The taste for knowledge. Medical anthropology facing medical realities*. Dinamarca, Aarhus University Press.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2011) «La obesidad como problema social», *Revista de la Facultad de Medicina*, UNAM, vol. 54, nº3: 20-28.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2011a) «Culture, Market and Beer Consumption», a SCHIEFENHOVEL, W.; MACBETH, H. (ed.) *Liquid Bread Beer and Brewing in Cross-Cultural*. Oxford, Berghahn Books, pp. 209-222.
- GRACIA-ARNAIZ, M. (2011b) «La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social», a DE LA FUENTE, R. i KURI, P. (ed.) *Temas de salud global, con impacto local*. UNAM, Ed. Intersistemas S.A.: 39-50.
- GRACIA-FUSTER, E. (1997) *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, Paidós Ibérica.
- GRASSET, J. (1882) *L'Art de Prescrire. Preleçons au cours de Thérapeutique*. Montpellier, Typographie de Boehm et Fils.
- GRIFFIN, E. (1997) *A first look at Communication Theory*. EUA, McGraw-Hill. Disponible a: <<http://esquizofreniaeclectica2.blogspot.com/2004/07/subcultura-y-contracultura-analisis.html>> (Consultat el 20/ 02/08).
- GUTIÉRREZ-FISAC, J.L., et alii (2002) «Desigualdades sociales en la salud subjetiva y en varios trastornos crónicos de salud en España», a REGIDOR, E. (coord.) *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*, pp 59-74.
- GUTIÉRREZ-FISAC, J.L. et alii (2005) «Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de crecimiento continuado», *Medicina Clínica*, 124 (5):196-197.
- HACKING, I. (2005) «Normalisation et obésité», *Leçon numéro 3*, Collège de France, París. Disponible a: <http://www.college-de-france.fr/media/.../UPL33228_3_ih_2005_2_.pdf>.
- HEINI, AF.; WEISNER, RL. (1997) *Nutrition Journal Estados Unidos*. Madrid, Ediciones Pirámides.
- HEITMANN, BL. (2000) «Ten-year trends in overweight and obesity among Danish men and women aged 30-60 years», *International Journal of Obesity*, 24: 1347-1352.
- HELMERT, U.; STRUBE, H. (2004) «Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 1985 bis 2002», *Gesundheitswesen*, 66 (7): 409-415.
- HENDERSON, K.E.; BROWNE, K.D. (2004) «The toxic environment and obesity: Contributions and cure». A THOMPSON, J.K. (ed.), *Handbook of eating disorders and obesity*. New York, Wiley and Sons.

- HERNDON, M. (2005) «Collateral damage from friendly fire? Race, nation, class and the «War Against Obesity»», *Social Semiotics*, 15, 127-141.
- HERZLICH, C.; PIERRET, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. París, Payot.
- HESHKA, S.; ALLISON, D.B (2001) «Is obesity a disease?», *International Journal of Obesity*, 25: 1401-1404.
- HIER, P. (2008) «Thinking beyond moral panic. Risk, responsibility, and the politics of moralization», a *Theoretical Criminology*, 12 (2): 173-190.
- HINE, C. (2000) *Virtual Ethnography*. London, Sage.
- HIPÓCRATES DE COS (1986) *Tratados Hipocráticos III. Sobre la dieta*. Madrid, Gredos.
- INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOTF) (2004) *Increase in overweight children aged 7-11 in England 1974-2002*, Director of Policy and Public Affairs, London.
- INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOTF) (2005) *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health*, EU Platform Briefing Paper, Brussels.
- INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOTF) (2007) *The Global Challenge of Obesity* and The International Obesity Task Force, London.
- JOHNSON, P. (2005) Obesity: epidemic or myth. Disponible a <http://www.csicop.org/si/show/obesity_epidemic_or_myth/> (Consultat el 02/11/2009).
- KATZ, A.H., BENDER, E.I. (1976). «Self-Help in society-the motif of mutual aid», a KATZ, A.; BENDER, E. (eds) *The strength in use: help self groups in the modern world*. New York, new Wiewpoints.
- KAUTIAINEN, S. *et alii* (2002) «Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977-1999», *International Journal of Obesity*, 26: 544-552.
- KRETSCHMER, E. (1947) *Constitución y carácter: investigaciones acerca del problema de la constitución y de la doctrina de los temperamentos*. Barcelona, Editorial Labor.
- LAHTI-KOSKI, M. (2001) *Body Mass Index and obesity among adults in Finland. Trends and determinants*, Publications of the National Public Health Institute (KTL) A12/2001, Helsinki.
- LANG, T.; RAYNER, G. (2007) «Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers», *Obesity Reviews*, 8 (Suppl. 1): 165—181. London, City University.
- LEGETIC, B. (2004) «Globesidad, epidemia del siglo XXI», *Medwave*. Año 4, No. 11, diciembre.
- LE GUEN, J.M. (2005) *Obesité, le nouveau mal français*. París, Armand Colin.

- LEJARRAGA, A. (2004) «La construcción social de la enfermedad», *Arch. Argent Pediatr.*, 102 (4): 271-276, Buenos Aires, jul./ago.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1970) *Mitológicas III. El Origen de las Maneras de Mesa*. México, Siglo Veintiuno Editores.
- LLIBRE VERD, COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2005): *Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases*. Brussels. Disponible a: <http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11542b_en.htm>.
- LLIBRE BLANC. COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2007): *A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues*, Bruselles. Disponible a: <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/lifestyle/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf>.
- LISSNER, L.; JOHANSSON, S.E.; QVIST, J.; ROSSNER S.; WOLK, A. (2000) «Social mapping of the obesity epidemic in Sweden. International», *Journal of Obesity Relat Metab Disord*, 24:801—805.
- LOBSTEIN T, FRELUT ML. (2003) «Prevalence of overweight among children in Europe», *Obes Rev.*, 4: 195-200.
- LOBSTEIN, T.; BAUR, L.; UAUY, R. (2004). «Obesity in children and young people: a crisis in public health. For the IASO International Obesity Task Force», *Obesity Reviews*, 5 (Suppl.1): 4-85.
- LOBSTEIN, T. (2006) «Commentary: Obesity-public health crisis, moral panic or a human rights issue?», *International Journal of Epidemiology*, 35: 74-76.
- MACLEAN, R.A.; MOON, M. (1980). «Health, obesity, and earnings», *American Journal of Public Health* 70, Issue 9, by American Public Health Association.
- MADDOX, GL., LIEDERMAN, V. (1969) «Overweight as a social disability whitiz medical implication» *J Med Edu*, 44: 214-220.
- MAHTANI C., V. (2006) *Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Informes estudios e investigación*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MAILLARD, L. *et alii* (1999). «Trends in the prevalence of obesity in the French adult population between 1980-1991», *International Journal of Obesity*, 23 (4): 389-394.
- MARTIN-CRIADO, E. (2007). «El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía», *Rev Esp de Salud Pública*, 81 (5), Madrid, sep-oct.
- MARTÍNEZ, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos.

- MARTORELL, R. (2002). «Obesity in the developing world», a CABALLERO, B.; POPKIN, B.M. (eds.) *The nutrition transition. Diet and disease in the developing world*. San Diego (CA), Academic Press, pp.147-164.
- 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): 26- 46.
- MCRobbie, A., THORNTON, S. (1995) «Rethinking «moral panic» for multi-mediated social worlds», *British Journal of Sociology*, 46 (4): 559-574.
- MENÉNDEZ, E. (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. (1996). «El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular», a GONZÁLEZ, J.A., RODRÍGUEZ, S. (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Biblioteca de Etnología, Diputación Provincial de Granada, pp. 31- 61.
- MENÉNDEZ, E. (2005) «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos», *Revista de Antropología Social*, 14: 33-69.
- MENNELL, S. (1985) *All manners of food. Eating and taste in England and France from middle Age to the present*. Oxford, Basil Blackwell Ltd.
- METZL, J.; KIRKLAND, A. (eds.) (2010) *Against Health: How Health became the New Morality*. Nueva York & Londres, New York University Press.
- MILLER, D.; SLATER, D. (2000) *The Internet: An Ethnographic Approach*, London, Sage.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS (2006-2010). (PNNS) Plan National Nutrition Santé. République Française.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005). *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)*. Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009) *Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Guías de práctica clínica en el SNS*. Edita Ministerio de Ciencia e Innovación.
- MOKDAD, A.H. *et alii* (1999) «The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998», *JAMA*, 282 (16): 1519-1522.
- MONAGHAN, F. (2005) «Discussion Piece: A Critical Take on the Obesity Debate», *Social Theory & Health*, 3: 302-314.
- MONTEIRO, C. *et alii* (2004) «Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review», *Public Health Review. Bulletin of The World Organization*, December, 82 (12): 940-946.

- MORENO PESTAÑA, J.L. (2005) «Los umbrales de entrada en los trastornos alimentarios para las clases populares», *RES*, 5: 5-48.
- MORENO, B.; MONEREO, S.; ÁLVAREZ, J. (2006) *La obesidad en el Tercer Milenio*. 3a edición. Madrid, Ed. Médica Panamericana.
- MORLEY, D. (1996) *Estudios culturales y comunicación*, Editado por Curran y Morley. Barcelona, Paidós.
- MOSCOSO D.; MOYANO E. (coord.) (2009) 26. *Esport, salut i qualitat de vida*. Col·lecció Estudis Socials núm. 26, Obra Social, Fundació «La Caixa».
- MURRAY, S. (2008) "Doing politics or selling out? Living the fat body", *Women's Studies*, 34 (3): 265-277.
- NAOS (2005) *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Disponible a: <<http://www.naos.aesan.msps.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>>.
- NAROTZKY, S. (1991). «La renta del afecto: ideología y reproducción social en el cuidado de los viejos», a PRAT, J.; MARTÍNEZ-VEIGA, U.; CONTRERAS, J.; MORENO I. (comps.), *Antropología de los Pueblos de España*. Madrid, Taurus, 464-474.
- NEOVIUS, M., JANSON, A., RÖSSNER, S. (2006) «Prevalence of obesity in Sweden» *Obesity Reviews*, 7 (1):1-3.
- OGDEN, Cl. *et alii* (2002) «Prevalence and Trends in Overweight Among US Children and Adolescents, 1999-2000», *JAMA*, 288: 1728-1732.
- OGDEN, Cl. *et alii* (2004) «Mean Body Weight, Height, and Body Mass Index, United States 1960—2002», *Advance Data from Vital and Health Statistics* (CDC), 347: 1-20.
- OGDEN, Cl. *et alii* (2006) «Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004», *JAMA*, 295 (13): 1549-55.
- ONÍS DE M.; BLÖSSNER, M. (2000) «Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries», *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72: 1032-1039.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) 57ª *Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007) *Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte. Résumé*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe.
- PARLIAMENT OF AUSTRALIA (2006) *Overweight and obesity in Australia*. Disponible a: <www.aph.gov.au/library/INTGUIDE/sp/obesity.htm>.

- PAUGAM, S. (1991) *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvret*. PUF, Paris.
- PEÑA, M.; BACALLAO, J. (2000) «La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas», a PEÑA. M.; BACALLAO, J. (eds.) *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, pp 3-11. (Publicación Científica n° 576).
- PERDIGUERO, E.; COMELLES, J.M. (eds.) (2001) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.
- PESET, J.L. (comp.) (1984) *Enfermedad y Castigo*. Madrid: C.S.I.C.
- PETERSEN, A. (2007) *The body in question*. Nueva York, Routledge.
- PIETINEN, P.; VARTAINEN, E.; MÄNNISTÖS, S. (1996) «Trends in body mass index and obesity among adults in Finland 1972-1992», *International Journal of Obesity*, 20 (2): 114-120.
- PLANAS J.; CASAL, J.; BRULLET, C.; MASJUAN, J.M. (1995) *La inserción social y profesional de las mujeres y los hombres de 31 años*. Institut de Ciències de l'Educació. Universitat Autònoma de Barcelona.
- POPKIN, B.M. (2004) «The Nutrition Transition in the Developing World», *Development Policy Review*, 21 (5-6): 581-597.
- PORTER, D. (ed.) (1996) *Internet Culture*, NY& London: Routledge, a ARDEVOL, E., IX Congreso de antropología FAAEE Barcelona 2002.
- POULAIN, J.P. (2001) *Education au bien manger, éducation alimentaire: les enjeux. En Enfants et adolescents: alimentation et éducation au bien-manger*. Disponible a: <http://www.lemangeur-ocha.com>.
- 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) *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire*. Paris, PUF.
- POULAIN, J.P. (2005) «Habitudes alimentaires des populations précaires: vers une augmentation de risque d'obésité?» *Alimentation et precariedad*, 28: 8-9.
- POULAIN, J.P. (2009) *Sociologie de l'obésité*. Paris, Presses Universitaires de Paris.
- PRENTICE, A.M.; JEBB, S.A. (1995) «Education and debate Obesity in Britain: gluttony or sloth?» *BMJ*, 311:437-439.
- QUILES IZQUIERDO, J.; VIOQUE, J. (1996) «Validez de los datos antropométricos declarados para la determinación de la prevalencia de obesidad», *Medicina Clínica*, 106: 725-729.
- RENNIE, K. L.; JEBB, S. A. (2005) «National Prevalence of Obesity. Prevalence of obesity in Great Britain», *Obesity Reviews*, 6 (1):11—12, Cambridge, UK.

- Published Online: Journal compilation © 2010 International Association for the Study of Obesity.
- RHEINGOLD, H. (1996) *La comunidad virtual*. Barcelona, Gedisa.
- RIVERA, J. (2005) «Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de las salud: adicciones y enfermedades crónicas.» *Revista de antropología experimental*, nº 2005. Texto 1329, pp.239-256. Disponible a: <<http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2005/rivera05.pdf>>.
- ROMANÍ, O. (coord.) (2010) *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- ROMERO-CORRAL, A. *et alii* (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.
- ROSEN (1974) *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI Ediciones.
- RUBIO, M.A *et alii* (2007) «Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica» (versión íntegra). *Revista Española de Obesidad*. Disponible a: <http://www.seedo.es>
- SAGUY, A. C.; RILEY, K.W. (2005) «Weighing Both Sides: Morality, Mortality, and Framing Contests over Obesity», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (5): 869-923. Duke University Press.
- SAGUY, A.; ALMELING, R. (2008) «Fat in the Fire? Science, the News Media, and the “Obesity. Epidemic”», *Sociological Forum*, 23: 53-83.
- SAINT POL, T. De. (2010) *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*, Paris, Presses Universitaires de France.
- SEEDO (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.
- SEEDO (2010) Noticias, *Revista Española de Obesidad*, 8 (1): 41.
- SEEDO (2010) Noticias, *Revista Española de Obesidad*, 8 (2): 102.
- SEIDELL, J.C.; VERSCHUREN, WMM.; KROMHOUT, D. (1995) «Prevalence and trends of obesity in The Netherlands 1987-1991», *International Journal of Obesity* 19: 924-7.
- SERRA MAJEN, L.L. *et alii* (2003) «Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000)», *Medicina Clínica*, 121 (19): 725-32.
- SERRA MAJEN, L.L. *et alii* (2007) «Tendencias del estado nutricional de la población española: resultados del sistema de monitorización nutricional de Cataluña (1992-2003)», *Revista Española Salud Pública*, 81: 559-570.

- SERRANO, S. (2004) *L'instint de la seducció*. Badalona, Ara Llibres.
- SHAW, A. (2005) «The Other Side of the Looking Glass: The Marginalization of Fatness and Blackness in the Construction of Gender Identity», *Social semiotics*, 15 (2): 143-152.
- SIRC (2005). *Obesity and the facts. An analysis of data from the Health Survey for England*. Social Issues Research Centre, Oxford UK.
- SOBAL, J. (1995) «Social influences on Body Weight». In: BROWNELL K.D.; FAIRBURN C.G., ed. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. The Guilford Press.
- SOLÉ-BLANCH (2006) «Pedagogia i cultures juvenils», *Revista Catalana de Pedagogia* [Societat Catalana de Pedagogia] 5: 243-257.
- STAM-MORAGA, M.C. (1998) «Trends in the prevalence of obesity among Belgian men at work, 1977-1992», *International Journey of Obesity*, 22: 988-992.
- STUNKARD, A.J.; SOBAL, J. (1989) «Socioeconomic status and obesity: a review of the literature», *Psychological Bulletin*, 105: 260-275.
- STUNKARD, A.J. *et alii* (1993) «Obesity and socioeconomic status, a complex relation» *N Engl J Med*, 329:1036-1037.
- TÉBAR-MASSÓ, F.J.; GARAULET-AZA, M.; GARCÍA-PRIETO, M^a D. (2003). «Regulación del apetito: nuevos conceptos», *Revista Española de Obesidad*, 1 (1): 13-20.
- TERRAY, E. (1990) *La Politique dans la Caverne*. París, Editions du Seuil.
- TIBERE, L. (2007) *Obésité des adolescents: entre désamour et acceptation de soi*. Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires. Disponible a: <http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/images/enfants/L.Tib_re-ob_sit_-des-adolescents-juin_2007.pdf>.
- TORGAN, C. (2002) *Childhood obesity on the rise*. Available at: <www.nih.gov/news/WorndonHealth/jun2002/childhood_obesity.htm>.
- TORO, J. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, Editorial Ariel.
- TREMBLAY, MS.; KATZMARZYK, PT.; WILLMS, JD. (2002) «Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996», *International Journey of Obesity*, 26: 538-543.
- TURNER, B.S. (1982) «The government of the body: medical regimens and the rationalization of diet.» *The British Journal of Sociology*, 33, (2):254-269.
- TURNER, B.S. (1999) «The discourse of diet», a Featherstone, M.; Hepworth, M.; Turner, B. (eds.) *The body. Social Process and Cultural Theory*. Londres, Sage Publications.

- TURÓN-GIL, V.J. (1997) *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona, Masson.
- UK DEPARTMENT OF HEALTH (2004) Health Survey for England 2003. Summary of key findings. Disponible a: <http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4098909.pdf>.
- UK DEPARTMENT OF HEALTH (2006) HSE. *Horizon scanning SR004*. Disponible a: <<http://www.hse.gov.uk/horizon/obesityreport.pdf>>.
- VANLANDEGHEM, K. (2002). *The benefits and financing of home visiting programs*. (NGA Center for Best Practices Issue Brief). Washington, DC. National Governors Association.
- VISSCHER, TL.; KROMHOUT, D.; SEIDELL, JC. (2002) «Long-term and recent time trends in the prevalence of obesity among Dutch men and women», *International Journal of Obesity*, 26 (9):1218-1224.
- WALTER, A.; STAUBER, B. (eds) *Misleading Trajectories. Integration Policies for Young Adults in Europe*, Opladen, Leske & Budrich.
- WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B.M. (2002) «Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia», *American Journal of Clinical Nutrition*, 75 (6): 971-977.
- WATZLAWICK, P. (1994) «Entrevistas». A WINKIN, Y., *La nueva comunicación*, Barcelona, Editorial Kairós, pp. 337-353.
- WITUK, S.; SHEPHERD; SLAVICH; WARREN; MEISSEN (2000) «Topography of self-help groups: an empirical analysis. Social work», a RIVERA, J. «Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de las salud: adicciones y enfermedades crónicas». *Revista de antropología experimental*, nº 2005.

A *Pobres joves grassos* ens preguntem com i per què certes pràctiques alimentàries i corporals han esdevingut, en les darreres dècades, problemes de salut pública amb implicacions socials, culturals i polítiques. En aquest sentit, la nostra recerca és la continuació de més de deu anys de treballs sobre els trastorns de la conducta alimentària (TCA) —*eating disorders*—, amb un interès ara centrat en l'estudi sociocultural de l'obesitat. Mitjançant una aproximació etnogràfica en l'àmbit assistencial i a través d'internet, analitzem experiències i representacions d'estar i sentir-se gras entre la joventut catalana. El nostre objectiu principal consisteix en esbrinar si la grassor ha condicionat les seves trajectòries personals i socials i si, concretament, afavoreix formes específiques de discriminació en l'àmbit formatiu, familiar o lúdic.