

# ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XVII (2)

Editores

Bernardo Adrián Robles Aguirre

Maía Elena Sáenz Faulhaber

Liliana Torres Sanders



Instituto Nacional  
de Antropología  
e Historia



CONACULTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS  
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA  
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA  
MÉXICO 2015

# REFLEXIONES SOBRE LA OBESIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL RIESGO EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL

Edith Yesenia Peña Sánchez

*Instituto Nacional de Antropología e Historia-Dirección de Antropología Física*

Avelina Landaverde Martínez

*Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco-División de Ciencias Sociales y Humanidades*

## RESUMEN

El propósito del presente artículo es brindar un panorama sobre la obesidad en la sociedad contemporánea desde la perspectiva del riesgo epidemiológico y social, lo que permite reflexionar el rol del discurso del riesgo que justifica los tratamientos y medidas preventivas propuestas a través de alimentos y dietas especializadas, fármacos, ejercicio, intervenciones quirúrgicas (bariátrica y estética), dispositivos neurológicos, gástricos e investigación genética, entre otros. Es necesario considerar la posibilidad de la existencia de nuevos riesgos para la salud de este sector poblacional, generados por la utilización de dichos “bienes” y actualizar la noción de la obesidad como riesgo.

**PALABRAS CLAVE:** Obesidad, riesgo epidemiológico, sociedades de riesgo, medicalización.

## ABSTRACT

The purpose of this contribution is to provide an overview of obesity in contemporary society from the perspective of epidemiological and social risk, allowing to reflect on the role of the risk discourse that justifies treatments and preventive measures based on foods and specialized diets, drugs, exercise, bariatric surgery and aesthetic surgery, neurological devices, gastric, genetic research, among others, which are promoted as preventive and curative for this condition. So it is necessary to question the possibility of the existence of new risks to human health from the use of such “goods” for this population sector and the need for updating the notion of obesity as a risk.

**KEYWORDS:** Obesity, epidemiological risk, risk societies, medicalization.

## EL DISCURSO DEL RIESGO EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA

La noción de riesgo se ha tratado desde diferentes marcos y perspectivas. De acuerdo con Bianchi (2010), los estudios de riesgo han sido agrupados en tres

amplias perspectivas: 1) la culturalista-constructivista representada por Mary Douglas (1996); 2) la que pone acento en la gubernamentalidad bajo la propuesta de Foucault, complementada con los aportes de Ewald (1997); y 3) la que bajo el modelo de “sociedad del riesgo”, en los estudios de Beck *et al.* (2001), ha logrado la mayor influencia en el pensamiento social. También están las investigaciones de Almeida-Filho *et al.* (2009) y Menéndez (1998) que cuestionan la noción de riesgo estrictamente en términos epidemiológicos.

La idea de riesgo ha estado presente en todas las épocas, pero es interesante el protagonismo que tiene en las sociedades modernas. Como bien apuntan del Moral y Pita (2002): “no hay que olvidar que el término riesgo implica no sólo la idea de peligro y destrucción, sino también las ideas de elección, cálculo y responsabilidad”. Para estos autores la noción del riesgo evoluciona en tres momentos: a) en el siglo XIX donde el paradigma predominante es el de responsabilidad y previsión; b) el siglo XX con la solidaridad y la prevención; y c) el siglo XIX con la seguridad y la precaución. Ante esta perspectiva donde vemos el riesgo como una característica de la modernidad tardía, se comienzan a identificar nuevos tipos de riesgos para la salud, ambientales, tecnológicos y aquellos derivados de los errores de la medicina y la biología que cuestionaron profundamente el paradigma de la responsabilidad y la previsión (Beck *et al.* 2001). Así lo confirman del Moral y Pita (2002: 6):

Caracteriza también a estos riesgos el hecho de que... en la mayoría de los casos generan impactos difícilmente asociables al agente e irreversibles, lo que acentúa la gravedad de la situación y convierte los daños en inciertos e irreparables... La incertidumbre (una característica de la sociedad de riesgo) surge en buena medida del gran lapso temporal que puede transcurrir entre la exposición y su efecto, surge también del hecho de que en muchas ocasiones habrá que esperar incluso a un nivel más avanzado de conocimientos para poder siquiera vislumbrar estos impactos

En este escenario de incertidumbre los nuevos riesgos suponen uno de los principales desencadenantes de la quiebra del paradigma de la prevención y se impone el principio de la precaución, es decir, la necesidad de perseguir la máxima seguridad aún cuando sigamos desarrollándonos en el terreno de la duda (del Moral y Pita 2002). De ahí que para que se lleve a cabo la transición

de la sociedad del riesgo<sup>1</sup> a la modernidad reflexiva<sup>2</sup> deberán confrontarse aquellos efectos de la sociedad de riesgo que no pueden ser tratados y asimilados dentro del sistema, ya que son mediados por la primera modernidad bajo sus estándares institucionalizados que impide la abstracción y autocrítica para ser más consciente de los riesgos que favorecen las sociedades. Es el momento en que gracias a la mundialización los principios de la primera modernidad, como el individualismo, el método científico, los sistemas tecnológicos, la racionalidad, la comunicación, el riesgo, la complejidad, la incertidumbre, por mencionar algunos, se radicalizan, expanden y generalizan en la segunda modernidad o modernidad reflexiva (Beck *et al.* 2001).

Retomando la propuesta de del Moral y Pita sobre los paradigmas por los que ha transitado el concepto de riesgo en tiempos recientes, identificamos algunos de sus efectos para el caso de la obesidad.

#### LA NOCIÓN DEL RIESGO DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA

Las diferentes nociones del objeto incierto denominado “riesgo” han favorecido el surgimiento de disciplinas científicas construidas para la previsibilidad o la anticipación temporal de eventos y fenómenos, en particular los concernientes a la salud-enfermedad, como el caso de la epidemiología. De ahí que el riesgo en epidemiología equivalga a efecto, probabilidad de ocurrencia de un problema de salud en una población determinada, expresado a través del indicador paradigmático de incidencia. Almeida-Filho *et al.* retoman la definición del *Diccionario de Epidemiología* de Last, donde:

el término “riesgo” se menciona como: a) la probabilidad de que ocurra un problema de salud (mórbido o fatal); b) un término no técnico que incluye diversas medidas de probabilidad en cuanto a consecuencias desfavorables. En la que la probabilidad puede ser leída de dos modos: a) intuitivo, subjetivo, vago, ligado a algún grado de creencia –es decir, una

<sup>1</sup> Beck explica que en la clásica sociedad de clases, los grupos basaban sus distinciones en el estilo social al cual estaban atados desde su ingreso a la sociedad, los riesgos eran, entonces, conocidos y experimentados por los propios medios; por el contrario, en la sociedad del riesgo éstos se encuentran dados por medios externos al sujeto, como pueden ser el campo científico o el periodismo (Korstanje 2010).

<sup>2</sup> Para Beck la modernización reflexiva significa: “un cambio de la sociedad industrial que se produce de forma subrepticia y no planeada, a remolque de la modernización normal, de modo automatizado y dentro de un orden político y económico intacto implica lo siguiente: una radicalización de la modernidad que quiebra las premisas y contornos de la sociedad industrial y que abre vías a una modernidad distinta”(Beck *et al.* 2001: 15).

*Cuadro 1.* Etapas y paradigmas del riesgo en la sociedad contemporánea y efectos en la obesidad

<i>Momento y paradigma dominante</i>	<i>Características</i>	<i>Evolución de la obesidad como riesgo</i>
Siglo XIX La responsabilidad y la previsión	-El error es individual y se asocia inmediatamente a la culpa, y de ahí se deriva el principio de la responsabilidad personal como pilar fundamental en la gestión de riesgos y la previsión como virtud indispensable en la lucha frente a los riesgos.	El exceso de peso o la gordura extrema se asumían como responsabilidad del individuo consecuencia de la gula, el ocio y la pereza. Ligados así a una cosmovisión donde se tomaba en cuenta el pecado como resultante de una decisión personal.
Siglo XX La solidaridad y la prevención	Ante el empuje de la sociedad industrial, existen riesgos generalizados y masivos. Los errores ya no son atribuibles a fallas humanas, sino a problemas generales de organización y tiene mayor importancia definir quién tiene que asumir los costos. Empiezan a desarrollarse campañas de prevención ante todo tipo de riesgos y accidentes, donde está implícita la creencia en la capacidad de la ciencia para eliminar las fuentes de riesgo; y que los riesgos y accidentes constituyen una consecuencia inherente del progreso.	-Las aseguradoras buscan disminuir los efectos negativos de la obesidad para el bien de su negocio. Realizan los primeros intentos para definir el peso que estadística y teóricamente permite mayor longevidad. -Posteriormente, diferentes gobiernos en los años 90 (Jáuregui 2006) impulsan campañas de prevención . -La biomedicina y la tecnología son considerados como los campos adecuados para tratar la obesidad.
Siglo XXI La seguridad y la precaución	- De acuerdo con Beck, la sociedad de riesgo describe un estadio de la modernidad en el cual los desastres producidos por el crecimiento de la sociedad industrial se convierten en centro de atención. Las principales características son: a) el riesgo como fenómeno híbrido (no hay fronteras entre el riesgo natural y el riesgo tecnológico); b) el monopolio científico y técnico sobre la racionalidad ha quebrado. La ciencia se hace cada vez más necesaria, pero paradójicamente más insuficiente para definir la verdad socialmente aceptada; c) la distribución de desastres parece ser relativamente ciega ante las desigualdades, además de las viejas fronteras de clase, los nuevos riesgos no pueden delimitarse social y espacialmente; d) la naturaleza del riesgo se ha convertido en una creación política, el riesgo es un objeto político y las tensiones contribuyen a delimitar el ejercicio del poder.	-La obesidad puede ser vista como una respuesta “natural” al consumo excesivo de alimentos y al mismo tiempo como producto de la actividad humana (efecto del consumo de alimentos procesados y transgénicos, fármacos, intervenciones quirúrgicas, entre otros). -Ante el fracaso de la mayoría de los tratamientos propuestos por la biomedicina, aumenta la oferta de bienes y servicios desde diferentes sectores para su atención. -La obesidad como pandemia en los mal llamados países desarrollados y en vías de desarrollo (Serrano Ríos 2012)

Elaboración propia basada en la propuesta de del Moral y Pita (2002), datos de Jáuregui (2006) y Serrano Ríos (2012).

incertidumbre no mensurable–; b) objetivo, racional, determinado en forma precisa mediante técnicas probabilísticas –incertidumbre mensurable– (Almeida-Filho *et al.* 2009: 28).

En esta segunda modalidad se desarrolla la propuesta de los factores de riesgo (marcadores que apuntan a la predicción de morbimortalidad futura o muerte prematura, además de la posibilidad del incremento de padecerlas). Aunque esta propuesta tiene un enfoque exclusivamente cuantitativo, que se desarrolla bajo el presupuesto de que se podría identificar, contabilizar y comparar individuos, grupos familiares o comunidades en relación con las exposiciones a dichos factores (ya establecidos por estudios previos) y proporcionar intervenciones preventivas. Como apuntan Haro (2011) y Menéndez (1998), este modelo y sus intervenciones no han sido muy eficaces para gran parte de las enfermedades no transmisibles, en la cual la multicausalidad y dependencia estrecha de lo sociocultural y de factores que aún no han sido suficientemente estudiados es evidente y parece ser, más bien, un modelo al servicio de las aseguradoras, por lo cual los conceptos de riesgo y estilo de vida ameritan una revisión epistemológica. La problemática principal con este concepto de riesgo es que no permite analizar elementos importantes, como: a) los factores asociados (cofactores) a los problemas de salud; b) la dinámica de los componentes biológicos (incluyendo los genéticos), psicológicos, ambientales, culturales, sociales, etcétera); y c) la resiliencia<sup>3</sup> que se da en oposición al riesgo.

Las discordancias entre algunos autores se mantienen en los intentos de distinguir entre los enfoques individual/colectivo del riesgo y sus correspondientes estimaciones. Almeida-Filho *et al.* (2009) cuestionan la inconsistencia del discurso común donde existe confusión entre el riesgo y el factor de riesgo, ya que si en el campo epidemiológico riesgo es predicción, el factor de riesgo será, entonces, un predictor de una predicción, o “riesgo del riesgo”. Pero, al final se acaba atribuyendo a la idea de factor de riesgo el estatuto del propio concepto de riesgo, donde el discurso del riesgo le confiere una entidad, que poseería una “existencia” autónoma, objetivable, independiente de los complejos contextos socioculturales en los cuales se encuentran las personas.

El planteamiento teórico del riesgo epidemiológico puede tener implicaciones similares a las que se señalaron en la sociedad del riesgo:

<sup>3</sup> La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos se verificarían a lo largo del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del individuo y su ambiente familiar, social y cultural (Becoña 2006).

- a) Un espacio más para la gestión de riesgos; el estado de salud bajo riesgo como nueva condición medicalizable.
- b) Se impone el principio de precaución,<sup>4</sup> con lo que se justifican los lazos con la producción tecnológica biomédica, las tareas de vigilancia médica, la creación de nuevos productos, servicios y especialistas volcados en la prevención de múltiples riesgos, aún cuando sigamos desarrollándonos en el terreno de la duda.
- c) La incertidumbre que se presenta ante el fracaso permite cuestionar la voz de los expertos, las instituciones y las ciencias que lo generaron.
- d) El fortalecimiento del poder y prestigio de ciertos grupos, al usar el discurso del riesgo para legitimar nuevas técnicas/programas de control o investigación de los factores de riesgo, separándolos de los factores sociales y políticos.

Contexto neomedicalizador, en el que existe un predominio de discursos que justifican sus acciones desde la concepción de riesgo epidemiológico y social, que es nuestro punto de interés para la reflexión sobre la obesidad. Esta nueva noción del estado de salud bajo riesgo habla de fuerzas asociadas al consumo de alimentos procesados, saturados en grasa y carbohidratos, la falta de actividad física y la posibilidad o no de pensar la obesidad como un problema de salud que puede solucionarse con el consumo de bienes tecnologicados que configuran el comportamiento del individuo y de la sociedad.

#### LA OBESIDAD, ¿RIESGO O FACTOR DE RIESGO?

Los resultados de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* de los Estados Unidos de América de 1994, representativa de la población de ese país (NHANES III, fase I), provocó conmoción en los medios profesionales dedicados a la salud pública, la nutrición y muchas otras personas, incluidos políticos y funcionarios. El aumento de 8 % de la obesidad, con respecto al periodo 1976-1980, motivó que por primera vez se aplicara la denominación de “epidemia” a una enfermedad crónica no transmisible.<sup>5</sup> A partir de estos datos la OMS prestó mayor atención a la evolución de este grupo de enfermedades y su presencia en diferentes países,

<sup>4</sup> El principio establece que “cuando una actividad representa una amenaza o un daño para la salud humana o el medio ambiente, hay que tomar medidas de precaución incluso cuando la relación causa-efecto no haya podido demostrarse científicamente de forma concluyente”(Sánchez 2002).

<sup>5</sup> Antes de esto el término “epidemia” sólo se había utilizado para enfermedades infecciosas.

en mayo de 2004 declaró a la obesidad como la epidemia del siglo XXI y propuso una estrategia sobre alimentación, actividad física, obesidad y salud (NAOS) (Braguinsky 2006). En México, de acuerdo con la *ENSANUT* 2012, en los últimos 12 años la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el adulto ha aumentado 15.2 %, alcanzando en la población adulta prevalencias mayores a 70 %. La misma encuesta indica que la prevalencia de obesidad grado III fue de 3 % en ambos sexos, siendo más alta en mujeres (2.15 %) que en hombres (0.85%).

La alarma y el carácter de emergencia que representa la obesidad y sus padecimientos asociados conllevan acciones del Estado, instituciones públicas y privadas y del sujeto, cuyo costo es elevado, ya sea para la prevención, el control del daño y/o rehabilitación. En estos contextos se genera la llamada “guerra contra la obesidad” y existe un desborde de programas específicos cuyas acciones clínicas de diagnóstico y prevención obligan a que se involucren varios actores desde diferentes trincheras para una acción integral hacia la promoción de la salud en ambientes obesogénicos.<sup>6</sup>

La definición generalmente aceptada por los organismos de salud para la obesidad es la que propone la Organización Mundial de la Salud (1997), retomada por la Secretaría de Salud en la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad, NOM-174-SSA1-1998:

Enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, bioquímicos, dietéticos, ambientales y el estilo de vida que conduce a un trastorno metabólico. Se caracteriza por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de la grasa corporal y por ende ganancia de peso. Además, la obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), hipertensión arterial, dislipidemias, osteoarticulares, ciertos tipos de cánceres como el de mama, próstata y otros padecimientos (Secretaría de Salud 2010).

En esta definición es difícil distinguir entre la obesidad que es causa de un padecimiento determinado y la que constituye un fenómeno que lo acompaña. Además, no se ha podido esclarecer si las repercusiones negativas del exceso de peso sobre la salud reflejan el papel de la propia obesidad o el de factores asociados con el aumento de tejido adiposo (Kaufer-Horwitz *et al.* 2001). Lo que pone

<sup>6</sup> Se define al ambiente obesogénico como “la suma de las influencias que los entornos, las oportunidades o circunstancias de la vida tienen para promover obesidad en individuos o la sociedad”.

en evidencia la complejidad de esta condición, que no puede ser reducida a una enfermedad, una complicación o un factor de riesgo, pues es todo esto a la vez.

Sin dar gran peso a estas relaciones la mayoría de las estadísticas de las compañías de seguros de vida de Estados Unidos de América y Europa indican que el riesgo de morbilidad y mortalidad de una gran variedad de enfermedades aumenta en la población obesa. Por lo tanto, se considera al obeso como un “sujeto enfermo” que debe ser atendido y no esperar un lapso de ventana para que aparezcan enfermedades agregadas y entonces tomar medidas terapéuticas (*op. cit.*).

Desde el siglo pasado, estudios con enfoque epidemiológico han dado a conocer que la obesidad va a la par del aumento de riesgo de mortalidad en todas las edades; alcanzando su clímax a los 50 años de edad, momento en el que se estabiliza. Las tasas más elevadas de mortalidad se ubican en el grupo con obesidad excesiva; a la vez, las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas son significativamente mayores en este grupo. Los pacientes obesos con enfermedades coronarias, por ejemplo, han mostrado un exceso de mortalidad de 40 % por encima de los pacientes que no lo son, y quienes tienen enfermedades renales y son obesos presentan una sobre mortalidad de más de 50 % (Lew y Garfinkle 1979). Aquí es importante notar que la tasa de mortalidad sólo ofrece una asociación con la obesidad no una causalidad. Resultados similares se observan en diferentes condiciones como diabetes, muertes por accidentes cerebro vasculares, padecimientos de las vías biliares y la cirrosis hepática, principalmente.

Si partimos de la lógica de la epidemiología donde el riesgo plantea la predicción (pero como probabilidad en un grupo determinado) y los factores de riesgo serían un predictor de la predicción, se observa a la obesidad como “el riesgo” y a los factores asociados, como factores de riesgo (hábitos alimentarios, estilo de vida sedentario, edad, embarazo, entre otros). De aquí surgen controversias en el estudio de la obesidad porque a pesar de la gran asociación epidemiológica entre obesidad y enfermedades metabólicas también existe una paradójica observación en la clínica donde consta un gran número de pacientes que inapropiadamente pueden ser considerados sanos para su grado de obesidad; recientemente se ha demostrado que estos obesos *metabólicamente sanos* no tienen elevado riesgo cardiovascular cuando se comparan con sujetos con normopeso y sanos. Se ha comprobado que hay individuos con obesidad extrema sin alteraciones metabólicas, ni resistencia a la insulina y que además en su tejido adiposo existe un bajo grado de inflamación (Barbarroja *et al.* 2010).

Asimismo, hay un porcentaje de pacientes sin obesidad, pero con resistencia a la insulina y diabetes (Tinahones-Madueño 2011).

Esto muestra la compleja relación entre la obesidad y los problemas de salud, que no puede reducirse a un riesgo o factor de riesgo, por lo que los conceptos, discurso y acciones en torno a la obesidad deberían ser replanteados principalmente en el ámbito de la salud pública.

## OBESIDAD MÓRBIDA Y SOCIEDAD DE RIESGOS

Una de las características de la modernidad es el reconocimiento de que la ciencia y la tecnología tienen un doble filo y crean parámetros de riesgo y peligro, al tiempo que ofrecen posibilidades beneficiosas para la humanidad (Beck *et al.* 2001). El progreso científico y médico genera soluciones técnicas que cambian el significado del cuerpo.

Los profesionales del sector médico tienen un papel destacado legitimando y difundiendo los tratamientos, intervenciones y nuevas tecnologías, tanto en el espacio político como en la sociedad. La finalidad es doble: por una parte, la aceptación de la práctica y, por otra, lo que supondría reducción del riesgo. En este proceso los profesionales contribuyen a una redefinición de salud-belleza, enfermedad-estigmatización.

Entre los generadores de bienes/soluciones para la obesidad tenemos a la farmacología, que ha ofrecido tratamientos basados en diversos medicamentos novedosos, pero en los últimos años han mostrado más riesgos para la salud que beneficios en el peso, por lo que en el mercado únicamente han quedado dos fármacos aceptados legalmente para el tratamiento de la obesidad.<sup>7</sup> En la actualidad numerosos medicamentos siguen en estudios clínicos, buscando ser la “cura” de la obesidad (Parra 2010). Este es un claro ejemplo de los privilegios que tienen ciertos grupos, como las farmacéuticas, que siguen teniendo inversión pública y privada para el desarrollo de tratamientos con una visión ingenua y unicausal para la obesidad.

Por otro lado, la industria alimentaria ha legitimado, a partir de la preocupación por la salud y el peso recomendable, la comercialización de los *alimentos funcionales* (los que poseen propiedades pretendidamente beneficiosas para la

<sup>7</sup> En la actualidad se dispone de sólo dos fármacos con indicación aprobada para el tratamiento de la obesidad: los inhibidores de la lipasa pancreática (orlistat) y la metformina. En 2007 fue retirado del mercado europeo el rimonabant por la comunicación con casos de depresión asociada a suicidio y a principios de 2010, la sibutramina (inhibidor de la recaptación de serotonina y adrenalina) por aumento de eventos cardiovasculares (Lozano y González 2010).

salud humana), debido a la agricultura y a la ganadería intensivas se justifica el uso de pesticidas y suplementos a las tierras. Esta contaminación interna ha sido asociada con obesidad y diabetes, entre otros trastornos (González- Díaz *et al.* 2012).

La nutrición y la tecnología de alimentos han desarrollado nuevas opciones de dietas más sofisticadas, usadas en algunas clínicas para la pérdida de peso, como los reemplazos de alimentos (barritas, licuados, pudines) que pueden contener ciertos elementos con propiedades anorexigénicas y estimuladoras del sistema nervioso central, que en algunos casos generan dependencia y rebote (Moreno Hernández *et al.* 2004).

El aumento de la obesidad mórbida, definida como una enfermedad grave causada por diversos factores genéticos y ambientales, se asocia a múltiples factores de comorbilidad que repercuten en la cantidad y calidad de vida y se identifica por un IMC igual o superior a 40 kg/m<sup>2</sup> o 35 kg/m<sup>2</sup> con alguna comorbilidad asociada (Cárcamo I 2003), a pesar de que dicho índice no cuantifica el contenido de grasa corporal, solamente lo supone. En años recientes ha sido estudiado como una característica de las sociedades modernas, lo que ha manifestado conflicto en torno a la responsabilidad de los “males”, siguiendo el análisis de Beck sobre la sociedad de riesgos. La biomedicina, de acuerdo con los riesgos en salud que genera, ha asumido el papel de experto para abordarla. Así, junto con la tecnología han generado “bienes” para el control de la obesidad mórbida, entre éstos se encuentra la cirugía bariátrica,<sup>8</sup> y más recientemente el desarrollo de “chips” gástricos y cerebrales para controlar el hambre.

En todos estos casos se tiene en común la incertidumbre del riesgo que generen las intervenciones y en algunos casos ya se empiezan a percibir los riesgos. Por ejemplo, el uso de la cirugía bariátrica inició en 1954 con el primer bypass-yeyuno ideal, cuyo objetivo no era combatir la obesidad sino la hipercolesterolemia (Jáuregui 2006). A partir de entonces, el aumento de estudios para la innovación técnica y tecnológica de la cirugía bariátrica ha ido en aumento y su uso en el siglo XXI ha tenido mayor relevancia. El respaldo de los Institutos Nacionales de Salud, principalmente de Estados Unidos de América, ha posicionado a la cirugía bariátrica como la intervención más efectiva para la pérdida de peso en la obesidad mórbida (Mechanick *et al.* 2009). En 2009, el Centro de Evaluación de

<sup>8</sup> Se refiere al conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad, que buscan modificar anatómica, funcional y metabólicamente el tracto digestivo para disminuir el exceso de peso y resolver parcial o definitivamente las comorbilidades asociadas a la obesidad (el término no incluye los procedimientos quirúrgicos para remover grasa corporal, como la liposucción a la abdominoplastía).

Tecnologías Sanitarias de Southampton, en el Reino Unido, señaló que al parecer la cirugía bariátrica es la intervención clínicamente más eficaz y rentable para personas con obesidad moderada a severa en comparación con intervenciones no quirúrgicas (Picot *et al.* 2009). Hay estudios que reportan que la obesidad mórbida se asocia con un mayor riesgo de complicaciones psicosociales, como depresión, trastornos de la conducta alimentaria y alteración de la calidad de vida. Otros señalan que los pacientes sometidos a dicho procedimiento quirúrgico pueden tener una frecuencia de suicidio superior a la esperada; y otros más consideran que la obesidad extrema, más que la cirugía bariátrica, aumenta el riesgo de suicidio (Wadden *et al.* 2007).

Los “chips” gástricos y cerebrales (estimulación cerebral profunda) están siendo investigados para el tratamiento de la obesidad. La estimulación cerebral profunda<sup>9</sup> es un procedimiento utilizado en la neurocirugía principalmente para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, temblores en los brazos relacionados con esclerosis múltiple, síndrome de Tourette, trastorno obsesivo compulsivo y depresión mayor que no responden bien a los medicamentos; recientemente se ha usado para el tratamiento de anorexia nerviosa. Aún se desconocen los mecanismos intrínsecos por los cuales funciona la estimulación cerebral profunda. Es muy probable que la colocación y estimulación de los electrodos no produzca ninguna lesión anatómica irreversible y que los efectos del neuroestimulador sean transitorios. Por lo tanto, el paciente podrá solicitar que éste sea desconectado y retornar a su estado mental previo. Se sabe que en la cirugía para la enfermedad mental siempre se corre el riesgo de dejar al paciente mentalmente en una posición débil, susceptible de manipulación externa (Carreño-Rodríguez y Sarmiento 2008). Sin embargo, los riesgos que se perciben con estos tratamientos son los propios de las cirugías cerebrales.

Lo cierto es que el paciente con obesidad mórbida sometido a una cirugía bariátrica y a una estimulación cerebral profunda posee una nueva condición de enfermedad, en donde enfrenta cambios físicos y complicaciones médicas, también se presentan nuevas conductas, ideologías y diferentes escenarios que pueden condicionar el desarrollo de complicaciones/ riesgos, quizá desapercibidas o normalizadas por el sector médico y el paciente.

<sup>9</sup> Es un tratamiento quirúrgico que implanta un neuroestimulador en zonas cerebrales específicas que, dependiendo del padecimiento, envía pulsos eléctricos.

## PARA SEGUIR REFLEXIONANDO...

El riesgo es más que un concepto interdisciplinario: necesitamos prepararnos cada vez más para comprenderlo y construirlo, ya que en el caso de la obesidad se ha percibido como un “peligro” y como un riesgo individual (en la clínica) y poblacional (en la epidemiología). Los constantes cambios en los que nos situamos como “sociedad de riesgo”, hace necesaria una actualización del concepto, incorporando la incertidumbre de los procesos de salud-enfermedad-atención para atender los nuevos escenarios y condiciones de las poblaciones.

Hemos desarrollado brevemente cómo la obesidad percibida como riesgo latente u oculto en el discurso social común (reforzado por el discurso de los “expertos”) ha sido objeto de la mercadotecnia para el desbordamiento de bienes y servicios formales e informales para su “cura milagrosa”. Así, se ven los intereses de un sinfín de negocios cuya base no es la promoción de la salud ni la calidad de vida.

La obesidad como “riesgo poblacional” ha servido de justificación para que las autoridades sanitarias hayan declarado la “guerra contra la obesidad”, advirtiendo a las personas cuyo IMC sobrepasa la normalidad que pueden ser futuras víctimas de la hipertensión, la diabetes o el infarto, promoviendo campañas contra el peso excesivo, contra las dietas milagro, difundiendo información de las alarmantes consecuencias de seguir regímenes poco rigurosos y científicos y ofrecer consejos sobre la forma saludable de perder peso. Pero, ¿hasta qué punto esta extraordinaria problematización del peso y la comida está contribuyendo a limitar la obesidad o, por el contrario, animándola, haciendo de la búsqueda de dietas, ejercicios, tratamientos, no una acción sino un estado? y ¿quién administra el riesgo? De acuerdo con el Banco Mundial (1993), la salud es un tema individual, donde la persona es responsable de procurar su bienestar ¿A caso se volvió a retomar en la era global la noción del siglo XIX del riesgo como responsabilidad y culpa del individuo?

Con los cambios en posturas hacia una salud más integral con una perspectiva social se han generado programas basados en acciones comunicativas positivas que dicen alejarse de las teorías que culpabilizan y responsabilizan al individuo de su enfermedad, definiendo el problema de la obesidad como un mal de carácter social y colectivo. Lo cierto es que el trasfondo ideológico de las intervenciones es recordar que, al fin y al cabo, el exceso de peso sólo depende de uno mismo: “La persona es, en última instancia, responsable de su estilo de vida y del de sus hijos”, de forma que se busca que el individuo sano o enfermo

modifique su conducta por el convencimiento de que hay una racionalidad científica que le puede ayudar: “Sólo un consumidor bien informado puede adoptar decisiones razonadas” (Arnaiz 2011).

La obesidad vista como “riesgo individual” en la práctica clínica ha generado modelos de prevención de riesgos para evitar presentar comorbilidades (enfermedades) o controlarlas; busca dar soluciones generadas por la certeza científica, como los programas de reducción de peso, el uso de fármacos e intervenciones quirúrgicas, pero éstas últimas no son cien por ciento efectivas. Estos modelos desencadenan nuevas condiciones de enfermedad o padecimiento, pocas veces vislumbradas y consideradas en el seguimiento, la investigación y búsqueda de nuevos tratamientos (chips gástricos, cerebrales e ingeniería genética).

En los escenarios generados por los riesgos poblacionales e individuales se desencadenan nuevos riesgos no previstos e inciertos, lo que recalca la necesidad de cambiar el curso de la noción de riesgo y de obesidad, no sólo desde las contribuciones positivas de las ciencias (como las sociales y de la salud) sino desde los grupos afectados. Por ello, es necesario que los directamente involucrados participen activamente de ese proceso y lo reconstruyamos juntos (Almeida-Filho *et al.* 2009). No se trata de desconsiderar la validez y utilidad del conocimiento generado sobre la obesidad como riesgo, que ha sido muy importante para el desarrollo de prácticas y técnicas con intenciones de prevención de enfermedades a nivel poblacional e individual. Sólo se pretende analizar los posibles efectos de las exageraciones en su utilización, como también resaltar su relación con la generación de “males” asociados a los “bienes”, y señalar que al no considerar el conocimiento de los sujetos involucrados, seguirán existiendo muchos efectos y riesgos sin identificar en lo biológico y en las implicaciones socioculturales.

## REFERENCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N., L. D. CASTIEL Y J. R. AYRES  
2009 Riesgo: concepto básico de la epidemiología, *Salud Colectiva*, 5 (3): 323-344.
- BARBARROJA, N., R. LÓPEZ-PEDRERA, M. D. MAYAS, E. GARCÍA-FUENTES, L. GARRIDO-SÁNCHEZ, M. MACÍAS-GONZÁLEZ ... F. J. TINAHONES  
2010 The obese healthy paradox: Is inflammation the answer? *The Biochemical Journal*, 430 (1): 141-149.

BECK, U., A. GIDDENS Y S. LASH

2001 *Modernización reflexiva: Política, tradición y estética en el orden social moderno*, 1a edición, Alianza, Madrid, España.

BECOÑA, E.

2006 Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (3): 125-146.

BRAGUINSKY, J.

2006 La pandemia de obesidad, un fenómeno natural y esperable, *Intramed*, 9.

CÁRCAMO I., C.

2003 Cirugía de la obesidad mórbida, *Cuad. Cir.*, 17: 64-70.

CARREÑO-RODRÍGUEZ, J. N. Y P. J. SARMIENTO

2008 *El dilema persona-cerebro: una visión desde la psicocirugía*.

DOUGLAS, M.

1996 *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, 1a. edición, Paidós Studio, Barcelona, España.

ENSANUT

2012 *Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*, Instituto de Salud Pública, Morelos, México.

EWALD, F.

1997 Filosofía de la precaución, *Revista de La Fundación MAPFRE*, 58: 13-30.

GARCÍA-ARNAIZ, M.

2011 La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social, *Revista de La Facultad de Medicina de la UNAM*, 54 (3): 20-28.

GONZÁLEZ- DÍAZ, C., L. MELÉNDEZ-ILLANES Y C. ÁLVAREZ-DARDET

2012 Alimentos como medicamentos: la delgada línea divisoria entre la industria farmacéutica y la industria alimentaria, *Revista Española de Salud Pública*, 86: 313-317.

HARO, J. A.

2011 *Epidemiología sociocultural: Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, 1a. edición, Centro de Estudios en Salud y Sociedad, El Colegio de Sonora, Buenos Aires, Argentina.

JÁUREGUI, L. I.

2006 Gordos, obesos y obesos, *Trastornos de la conducta alimentaria*, 4: 295-320.

KAUFER-HORWITZ, M., L. TAVANO-COLAIZZI Y H. ÁVILA-ROSAS

2001 Obesidad en el adulto, E. Casanueva, M. Kaufe-Horwitz y P. Arroyo (eds.), *Nutriología Médica*, 2a. edición, Fundación Mexicana para la Salud, México.

KORSTANJE, M.

2010 Reseña de La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad de Ulrich Beck, *Eco*, X: 275-281.

LEW, E. Y L. GARFINKLE

1979 Variations in mortality by weight among 750 000 men and women, *Journal of Chronic Disease*, 32: 563.

LOZANO, M. J. L. Y A. S. GONZÁLEZ

2010 Actualización en obesidad, *Atencion Primaria*, 17: 101-107.

MECHANICK, J. I., R. F. KUSHNER, H. J. SUGERMAN, J. M. GONZALEZ-CAMPOY, M. L. COLLAZO-CLAVELL, A. F. SPITZ ... S. GUVEN

2009 American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric, *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17 Suppl 1(i), S1-70, v.

MENÉNDEZ, E.

1998 Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes, *Estudios Sociológicos*, VI (46): 37-68.

MORAL DEL, L. Y M. F. PITA

2002 El papel de los riesgos en las sociedades contemporáneas, A. Carcedo y O. Cantos (eds.), *Riesgos Naturales*, 1a. edición, Ariel, Barcelona: 75-88.

MORENO, B., E. HERNANDEZ, R. ORTEGA Y T. LAJO

2004 Mitos, procedimientos y dietas milagro, *Obesidad en el tercer milenio*, 1a. edición, Médico Panamericana, Madrid, España.

PARRA, V. J.

- 2010 Tratamiento farmacológico del paciente con obesidad, *Obesidad: un enfoque multidisciplinario*, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hidalgo, México: 219-226.

PICOT, J., J. JONES, J. COLQUITT, E. GOSPODAREVSKAYA, E. LOVEMAN, L. BAXTER Y A. CLEGG

- 2009 The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: A systematic review and economic evaluation, *Health Technology Assessment*, Winchester, Inglaterra, 13 (41).

SÁNCHEZ, E.

- 2002 El principio de precaución: implicaciones para la salud pública, *Gaceta Sanitaria*, 16 (5): 371-373.

SECRETARÍA DE SALUD

- 2010 *Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*, Secretaría de Salud, México.

SERRANO RÍOS, M.

- 2012 La obesidad como pandemia del siglo XXI: Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica, J. Rivera Dommarco, S. Barquera C., I. Campos N. y J. Moreno S. (eds.), *Real Academia Nacional de Medicina*, 1a. edición, Fundación MAPFRE, Madrid, España.

TINAHONES-MADUEÑO, F. J.

- 2011 El obeso metabólicamente sano, *Revista Española de Obesidad*, 9 (2): 67.

WADDEN, T. A., D. B. SARWER, A. N. FABRICATORE Y L. JONES

- 2007 Estado psicosocial y conductual de pacientes sometidos a cirugía bariátrica: qué se puede esperar antes y después de la cirugía, *Médicas Clínicas de Norteamérica*, 91: 451-469.