

EDITORIAL

EL ENFOQUE BIOSOCIAL APLICADO A LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE OBESIDAD



Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez

Dirección de Antropología Física

Instituto Nacional de Antropología e Historia

Hablar de personas con biotipo corporal endomórfico considerados socialmente como gordos y clínicamente como "sobrepesos y obesos" en la actualidad, es hablar de la evolución de la especie *Homo sapiens sapiens* y de la historia de sus grupos poblacionales, a través del análisis de procesos bioculturales o biosociales^[ii], ya que la medicalización del cuerpo y particularmente del cuerpo obeso^[iii], es muy reciente, y le antecede no sólo el conjunto de características adaptativas sino económicas,

políticas, estéticas y estereotipos que convergen para establecer conceptos como "peso ideal", "talla ideal", "proporción ideal" y finalmente generar a partir de dicho rasgo visible socialmente "un problema" que puede asociarse con la belleza, el autocontrol, la imagen, la sociedad y finalmente la salud, medible a través de sus consecuencias clasificadas como enfermedades. Tal como se observa desde finales del siglo XX se han presentado situaciones sociales y de salud pública que han desembocado en alarmas con carácter de emergencia poblacional como la "pandemia de obesidad" y las enfermedades asociadas (cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y disfunción eréctil entre otras) cuyo costo al estado y sujeto es alto en cuanto al control del daño y en su caso rehabilitación cuando el daño se ha establecido. Por lo que se genera una guerra contra la obesidad^[iii] y programas específicos cuyas acciones clínicas de diagnóstico y prevención de la obesidad son desbordadas y obligan a una actuación integral hacia la promoción de la salud en ambientes obesogénicos. En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006)^[iv] la prevalencia de sobrepeso y obesidad se estableció en más del 60% de la población mayor de 20 años y en niños en un 26% con mayor prevalencia en los estados del norte del país. Lo que genera la necesidad de ajustar o transformar las políticas sociales e inversiones sanitarias al tomar en cuenta las múltiples aristas biosociales que trastoca: organismo-individuo con cuerpo-persona, autoestima-imagen corporal, desnutrición-malnutrición con hábitos alimenticios-sistemas alimentarios, sedentarismo con actividad física-seguridad social, estética-salud con estereotipo-consumo y sociedad-derecho con discriminación-violencia, entre otros. Todos estos binomios se encuentran en interacción e influyen a los sujetos de manera positiva o negativa, quienes a su vez generan su propia representación sobre la obesidad y de cómo enfrentarla en el caso de que la consideren "un problema de salud". De ahí la importancia de la salud pública para establecer el riesgo-peligro de la obesidad y promover "el deber ser y hacer" sobre el control-adaptación y auto-cuidado de la persona obesa a través de los expertos. Sin embargo, no podemos perder de vista que se confiere responsabilidad y genera en términos de salud la necesidad de una enfermedad muchas veces "no sentida" bajo la fórmula predictiva de percepción morfoscópica (obesidad + sedentarismo - ejercicio = a enfermedad) y morfométrica (índice de Masa Corporal + Índice de Cintura (elevados) = enfermedad), por lo que tendremos que valorar además, las repercusiones de cómo la población está tomando los protocolos clínicos y la publicidad de la batalla contra la obesidad desplegada en los diversos medios de comunicación, para reconocer la percepción y estrategias que las personas con y sin sobrepeso y obesidad generan para responder a la interrogante ¿Porqué amplios sectores de la población mexicana no perciben a la obesidad como enfermedad? Algunas de las respuestas serían que sus hábitos alimenticios están en relación con los productos que se ofertan y van de la mano con la transición alimentaria, que la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas

se consideran parte de la transición epidemiológica, a la par de que la mercadotecnia satura con un sinfín de recursos que permiten sentir bienestar pese a que se tenga esta condición (suplementos alimenticios, pastillas o alimentos “milagro” contra la obesidad que llegan a las personas por la publicidad y mercado, como moda, “información que cura” o por la inclusión de alimentos, fármacos y tratamientos “naturales” respaldados por asociaciones de nutrición o salud “certificadas”) por lo que se normaliza el sentido del cuerpo endomórfico y dicha característica no convierte al sujeto en enfermo *per se* pues es una condición que se considera se puede controlar en cualquier momento ya para que te “enfermes de algo tarda mucho tiempo”, además de que el sujeto no forma parte de una minoría sino una mayoría poblacional. De ahí la necesidad de pensar la distancia entre “cura” para la “enfermedad” considerada obesidad a través de la pérdida de peso y “sanear” los hábitos, las condiciones y estilos de vida familiares y sociales para evitar “padecer” problemas asociados con la obesidad.

Un buen ejemplo de ello es el análisis biocultural del proceso alimentación-nutrición, que permite comprender y relacionar las maneras humanas de comer y beber con la historia de la transformación de los recursos naturales, culturales y sociales de las poblaciones en torno a su *continuum* satisfacción-insatisfacción y posibilita también realizar suposiciones sobre la adaptación y evolución de nuestra especie. Este proceso funge como determinante en algunos casos y como condicionante, en otros, de las condiciones y calidad de vida que se vinculan con el proceso salud-enfermedad en determinado contexto y situación.

Al enfocarnos al análisis de este proceso biocultural alimentación-nutrición ligado a la satisfacción de necesidades básicas humanas, encontramos que dichas interacciones pueden llegar a influir de múltiples formas^[vi]: alterando de manera definitiva o temporal el cuerpo -alterando el somatotipo corporal-, generando padecimientos que afectan la salud como las presiones sociales -stress, *anorexia* y *bulimia*-, modificando funciones biológicas –como la metabolización de alimentos más rápidamente por la integración artificial de quemadores de grasa, tomar diuréticos para orinar más, purgas para defecar e inyectarse aminoácidos o ingerir esteroides para tener mayor masa muscular aunado a rutinas de ejercicio-, modificando funciones básicas para satisfacer necesidades sociales -beber y comer cuando no se tiene hambre o sed, dejarlo de hacer cuando no se tienen recursos disponibles, como estrategia religiosa y de salud a través del “ayuno” y política a través de la “huelga de hambre”-, transformar nuestras necesidades biológicas por los productos sociales -suplir la comida por suplementos alimenticios o farmacológicos- y modificar las condiciones corporales y funciones por situaciones extremas -obesidad mórbida o delgadez extrema-.

Lo anterior hace que reflexionemos no sólo sobre la importancia de una dieta adecuada y equilibrada que aporte a nuestro organismo los requerimientos mínimos necesarios para tener salud sino de la relación que guarda con el conjunto de necesidades y hábitos sociales y culturales para que esto sea una realidad, ya que la lucha contra la obesidad ha contribuido a construir no sólo una insatisfacción por el cuerpo y persona obesa sino una *lipofobia* y una *obsesión* por la delgadez, como un nuevo rasgo definitorio de status y distinción social que retoma el adolescente y adulto en algunos contextos sociales^[vii], pero que en el niño no se aplica por el imaginario de que ser “gordito” es sinónimo de “salud” además de que no se le confiere su parte de responsabilidad en cuanto al manejo consciente de su participación en los ciclos alimentarios.

Otro elemento que entra en cuestionamiento es el uso metodológico y técnico para establecer la condición de obesidad que son compartidas por varias disciplinas del conocimiento, hablaremos de dos que son de gran utilidad la Antropología nutricional-alimentaria y Cineantropometría o Kineantropometría^[viii]. La primera cuenta con un conjunto de mediciones antropométricas como: masa corporal, estatura, circunferencia de cintura, circunferencia de glúteos o cadera, circunferencia de brazo relajado, pliegue cutáneo del tríceps entre otras medidas. Índices antropométricos como: peso-edad, estatura-edad y peso-estatura, pliegues cutáneos, índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal, índice Cintura/Cadera, índices de proporción corporal y composición corporal, entre otros. Asimismo contempla recursos cualitativos para describir y establecer formas de percepción, hábitos alimenticios, relacionar el consumo calórico con el gasto por actividad física, la salud, las características socioeconómicas y demográficas y la imagen corporal. La segunda retoma modelos de estudio de la composición corporal a través de dos, cuatro o cinco compartimentos. Entre sus métodos de mensuración se encuentran los directos (dissección de cadáveres y activación

de neutrones), indirectos (físico –químicos como la dilución con deuterio y BOD POD, imagen como TAC-RM y densitometría con DXA) y doble indirectos (conductividad eléctrica total, bioimpedancia eléctrica, peso hidrostático, reactancia o interactancia a la luz infrarroja y antropometría. Ambas disciplinas persiguen estudiar el cuerpo humano para saber acerca de la gordura-delgadez de los seres humanos por su relación con el estado de la salud y el desempeño técnico.

Particularmente para el caso de la antropometría se cuenta con una serie de patrones de referencia o datas que se han establecido a nivel internacional y nacional para analizar o replicar metodologías y establecer comparaciones como: National Center for Health Statistics^[viii], Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Organización Mundial de la Salud^[ix] y la Sociedad Internacional para el Avance de la Kinantropometría (ISAK)^[x], Ramos Galván^[xi], Johanna Faulhaber^[xii] y la NOM para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y adolescente de la Secretaría de Salud^[xiii]. Métodos e instrumentos para establecer patrones de dietas o hábitos alimenticios: Índice de calidad de la dieta^[xiv], Índice de diversidad de la dieta^[xv], Índice de alimentación saludable^[xvi] y recordatorio de 24 horas. En la actualidad se cuenta con un sistema de acreditación ISAK, reconoce cuatro niveles jerárquicos de acreditación sobre el perfil del antropometrista.

Finalmente, haremos mención de algunos elementos que se problematizan fuera del protocolo de prevención y sistema de vigilancia y que se consideran indispensables: problemas metodológicos para el establecimiento de la distancia técnica para definir y medir el sobrepeso y la obesidad, ¿qué medir?, problemas con la estandarización de las técnicas y métodos aplicados, se carece de datas de referencia y bancos de información para población mexicana validados por región o estado. Otras discusiones presentes son la necesidad o no de tomar en cuenta el biotipo, proporción, composición corporal, actividad física y hábitos alimentarios, problemas de salud o estado fisiológico que presenta la persona en el momento del levantamiento de datos antropométricos como inflamación, colitis y estreñimiento. Así como el aumento de la carga de trabajo de los médicos generales del sector público y la canalización al departamento de dietología, la mayoría de las veces se realiza sin estudios de laboratorio para descartar otros problemas como dislipidemias y anemias, además del aumento del costo-tiempo de la canalización hacia el segundo y tercer nivel de atención. Algunos elementos de corte social y cultural que habría que tomar en cuenta son: el aumento de enfermedades por estrés social, el aumento de la violencia social hacia personas con sobrepeso y obesas, el consumo de tabaco, drogas y suplementos alimenticios en niños y adolescentes, la importancia de tomar en cuenta la imagen corporal, la vigilancia de hábitos alimentarios y actividad física en otros espacios de convivencia social como la escuela, y qué indicadores vamos a tomar para establecer la mejora de las condiciones y calidad de vida de la población con sobrepeso y obesidad, así como las estrategias para prevenir dicha condición. Dichas problemáticas son indispensables tomarlas en cuenta para reforzar y reducir los costos del protocolo de intervención y del sistema de vigilancia.

^[ii] Los cuales conjuntan las formas complejas de la satisfacción de las necesidades básicas humanas o fisiológicas con aportaciones de la vida social y su cultura, cuyas condiciones y estilos de vida pueden generar riesgos y deterioros a la salud o ser positivas para el desarrollo humano. Entre ellos se encuentran la alimentación-nutrición y la salud-enfermedad.

^[iii] La OMS en 1997 declara a la “obesidad” como epidemia de carácter global que amenaza a la salud pública y aumenta el riesgo de trastornos asociados. WHO (1997) *Obesity*, Ginebra, WHO-National Institute Health.

^[iv] Enfermedad multifactorial que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico, que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según edad, sexo y estatura.

^[v] Instituto Nacional de Salud Pública (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, México.

[v] Vargas G., L. y L. Casillas (2007) Los procesos bioculturales: conceptos y alcances. *Conferencia presentada en el Coloquio Internacional de Antropología Física “Juan Comas”*, Asociación Mexicana de Antropología Biológica, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Autónoma de México e Instituto Nacional de Antropología e Historia. Peña Sánchez, E.Y. (en prensa) Bueno par comer y... ¿Malo para decidir que consumir? “Diario de Campo”, México, Coordinación Nacional de Antropología, Instituto Nacional de Antropología e Historia.

[vi] Jáuregui Lobera, Ignacio (2006) *Trastornos de la conducta alimentaria*, España, Instituto de Ciencias de la Conducta Sevillana.

[vii] *Estudio del tamaño, forma, proporcionalidad, composición, maduración biológica y función corporal con objeto de entender el proceso de crecimiento, el ejercicio y rendimiento deportivo y la nutrición* (Ross, 1978).

[viii] National Center Health Statistics (1977) *Growth charts equations for children*, United States DHEW. Pub. No. (PHS) 78-1650 US, United States of America Depto. of Health Education and Welfare Public Health Service, National Center of Health Statistics.

[ix] WHO 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO.

[x] ISAK (2001) *Estándares Internacionales para la Valoración Antropométrica*, España, Universidad Católica de San Antonio de Murcia- Sociedad Internacional para el Avance de la Kinantropometría.

[xi] Ramos, Galvan (1975) “Somatometría pediátrica. Estudio semilongitudinal en niños de la ciudad de México” *Archivos de Investigación médica, Suplemento*, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, IMSS, Volumen 1.

[xii] Faulhaber, J. (1976) *Investigación longitudinal del crecimiento*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.

[xiii] Secretaría de Salud (1993) Norma oficial mexicana para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, México, Secretaría de Salud.

[xiv] Haines, P,S; Siega-Riz, A.M. y Popkin, B.M. (1999) The diet quality Index revised: a measurement instrument for population. *J. Am. Diet Assoc.* Num. 99: 697-704.

[xv] Kant, A.K; Schatzkin, A. y Ziegler, R.G. (1995) Dietary diversity and subsequent cause-specific mortality in the NHANES I epidemiologic follow-up study. *J. Am. Coll Nutr.* Num.14: 233-238.

[xvi] Kennedy, E.T; Ohls, J; Carlson, S. y Fleming, K. (1995) The Healthy Eating Index: desing and applications. *J. Am. Diet Assoc.* Num. 95: 1103-1108.



Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición
Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria
Col Mitras Centro, Monterrey, N.L. México 64460
Tels. (8)348-4354, 348-6080, 348-6447
respyn@faspyn.uanl.mx



Universidad Autónoma de Nuevo León
webmaster@uanl.mx