

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TRATAMIENTOS PARA ADELGAZAR EM EL ÁMBITO SANITÁRIO PÚBLICO Y PRIVADO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES-ARGENTINAEstibaliz Cuesta Ramunno¹**RESUMO**

Este artigo tem como objetivo apresentar alguns resultados de um estudo comparativo e qualitativo realizado nos anos de 2009-2011, entre pacientes obesos em dois tratamentos de perda de peso diferente, em um hospital privado e um em um hospital público na cidade de Buenos Aires. A fim de conhecer as experiências e implicações para pacientes com diagnóstico de obesidade em tratamento para emagrecimento; foram comparada etnograficamente dois dispositivos terapêuticos para o tratamento de obesidade em ambos subsectores do sistema de saúde, tem sido possível identificar as desigualdades marcantes, mas também semelhanças. Ambos os dispositivos são apresentados como incapazes de lidar com a complexidade eo impacto dos tratamientos para a perda de peso na vida cotidiana dos pacientes obesos. Neste artigo vamos ver que estos impactos são parcialmente omitidos pelos profissionais e suas equipes. Estes são aspectos que desafiam os paradigmas tradicionais de atenção à doença e promove novas abordagens e estratégias para tratar esta doença crônica são procurados: a obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Terapia de Grupo. Análise de Relações Sociais. Etnografia.

ABSTRACT

Comparative study between treatments for weight loss in a private and in a public hospital in the city of Buenos Aires-Argentina

This paper aims to present some results of a qualitative and comparative study made during 2009-2011, among obese patients from two different treatments for weight loss: one in a private hospital and one in a public hospital, both in the city of Buenos Aires. From the comparison between the both models of care for obesity of the national health system, it has been possible to identify marked inequalities but also commonalities. Both models of care and treatments are presented as unable to cope with the complexity and impact on everyday living obese patients who do slimming treatment. These impacts are boundless and partly omitted by the professionals and their teams. These are aspects that challenge the traditional paradigms of attention to disease and promotes the search for new approaches and strategies to treat this chronic disease: obesity.

Key words: Obesity. Therapeutic Groups. Social Relations Analysis. Ethnography.

1-Universidad de Salamanca, España.

E-mail:
esticuesta@usa.es

INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende presentar los resultados más destacados de una investigación que se realizó durante los años 2009-2011 en la ciudad de Buenos Aires (Argentina).

El estudio se centró en conocer las implicancias sentidas por pacientes diagnosticados con obesidad al realizar un tratamiento para adelgazar. Y se quiso comparar dos dispositivos asistenciales (Comelles 1997) ubicados en dos sub-sectores del sistema sanitario argentino: uno privado y otro público. La selección de los ámbitos privado y público aseguró que, en general, los pacientes pertenecieran a diferentes sectores sociales.

Un tratamiento para bajar de peso involucra cambios comportamentales que repercuten, no sólo en las formas en que se realiza la ingesta y los hábitos del movimiento, sino también en otras dimensiones de la vida cotidiana que han sido hasta el momento poco consideradas: las relaciones sociales primarias (familia, pareja y amistades) y los significados adscriptos a los alimentos.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

A través de un trabajo de campo con entrevistas en profundidad a pacientes (hombres y mujeres de entre 19 a 65 años, de clase media y de sectores pobres, con obesidad diagnóstica) que realizaban un tratamiento que incluía grupos terapéuticos¹, intentamos dar cuenta de cómo esas otras dimensiones se ven afectadas y son reorganizadas para responder a las exigencias del tratamiento y lograr su eficacia.

Un tratamiento para adelgazar genera cambios en algunos de los hábitos más esenciales de la vida de una persona: elegir

¹ Existen actualmente dos tipos de grupos terapéuticos para el tratamiento de la obesidad: grupos de ayuda-mutua y grupos homogéneos con coordinación profesional. Los últimos se caracterizan por la presencia de un profesional que lo coordina; en este caso una psicóloga social (hospital privado) y una nutricionista y una psicóloga (hospital público). De todas formas no podemos obviar el hecho de que la mayoría de los pacientes con los que trabajamos participaron en el pasado, al menos, en un grupo de ayuda-mutua. En éstos la coordinación está a cargo de un obeso recuperado y no de un profesional.

qué comer, cómo cocinar, cuándo comer, con quién comer, en dónde comerlos, cómo y cuándo moverse, cómo organizar el día, qué sensaciones corporales experimentar, que gustos omitir, cómo relacionarse con otros al comer, etc.

Realizar un tratamiento para adelgazar, significaba para los pacientes, embarcarse en una verdadera 'transición'.

En las narrativas² de uno de ellos esta 'transición' era descrita como una experiencia que conmueve profundamente:

'Cuando entrás a un tratamiento de estos [...] es como si a los 60 años te dijeran: a usted le enseñaron a caminar al año de vida y usted caminó hasta los 60 años, pero le tenemos una mala noticia, tiene que aprender a caminar de nuevo; así que le sacamos toda la información del cerebro, le ponemos un andador y empieza a caminar de nuevo; aunque no es lo mismo a los 60 años que a los 3 años'

El término utilizado para describir este proceso por los profesionales es el de: 're-educación alimentaria'. Este último término resulta limitado; ya que no da cuenta del impacto total que genera realizar un tratamiento para 'combatir' a la obesidad. Evidenciar esta omisión, a través del conocimiento de los procesos terapéuticos y las prácticas alimentarias que despliegan los sujetos con respecto a su padecimiento (illness)³ fue una motivación en este estudio.

El trabajo de campo (de tipo etnográfico) fue realizado en dos dispositivos asistenciales (Comelles 1997) que contenían, como herramienta terapéutica, la formación de

² Atender a las narrativas e incluirlas como datos en las investigaciones científicas dentro del ámbito sanitario permite introducir otras experiencias (la de los enfermos) que interpelan y negocian sentidos con el saber médico y el saber profesional.

³ Padecimiento es la traducción de "Illness"; categoría incorporada por Arthur Kleinman "que incorpora la experiencia y la percepción individual dentro de los sistemas de salud como una vía de expresión del sujeto enfermo que percibe y expresa el proceso de enfermar; se construye con el discurso médico profesional y está vinculado con distintos aspectos de la sociedad" (Kleinman en Abonizio 2008, p.47)

grupos: por un lado, en el grupo terapéutico del programa de adelgazamiento de un hospital privado, ubicado en el barrio de Almagro, de la ciudad de Buenos Aires y en el grupo terapéutico del Servicio de Nutrición del Hospital General de Agudos José María Penna, ubicado en la región sanitaria Este de la misma ciudad.

RESULTADOS Y DISCUSSION

El estudio pretendió, por sobre todo, indagar la visión del que padece obesidad; enfermedad cuya prevalencia aumenta cada vez más; no sólo en la mayoría de los países de Sudamérica, sino en todos los sectores sociales que componen sus sociedades. Para autoras como Aguirre la obesidad en los sectores más pobres y deprimidos, de países como Argentina, es aún más alarmante ya que es el resultado de una “estrategias de consumo alimentario” (eficientes ante la carencia y basadas en alimentos “rendidores”) que a lo largo del tiempo los ha llevado a padecer bajo la forma de obesidad, una desnutrición crónica “encubierta” (Aguirre 2005).

Para otros, como Claude Fischer, hablar de un sujeto obeso, como de uno que no lo es, es hablar de un comensal que no sabe lo que come; sus gustos están totalmente deformados debido a una crisis de civilización alimentaria que está deshinchando las culturas alimentaria tradicionales arrasadas por la industria agro-alimentaria mundial.

Entre el comensal y el alimento, en la actualidad no existe ningún vínculo de pertenencia común, el alimento se ha convertido en un objeto sin historia y sin sentido. Desde aquí la industria genera continuamente nuevos sentidos y conocimientos sobre los alimentos. Estos novedosos sentidos impuestos (pensados para alimentos mercancías) son las nuevas “abuelitas” que nos dicen qué comer y qué no comer (Fischer 1995)

Así como la industria agro-alimentaria genera constantemente nuevos sentidos sobre los alimentos, el saber médico-nutricional también modifican los sentidos atribuidos por los pacientes obesos a los alimentos que han consumido a lo largo de su vida. La diferencia reside en el objetivo de esta modificación, en las primeras, la conversión de los alimentos en

ganancias, en los segundos, la transformación de los hábitos en ‘saludables’.

Para poder dar cuenta con un estudio de este proceso de re-significación de los sentidos atribuidos a los alimentos en ‘tratamiento’, elegimos uno de los enfoques más característicos de la antropología de la salud: el fenomenológico. Un enfoque de éste tipo implica priorizar la obtención de una descripción “interna” frente a descripciones “externas” de la vivencia, una descripción “en primera persona” frente a descripciones en “tercera persona”, una visión “cognitiva” frente a una “conductista”, un análisis “emic” frente a uno “etic”⁴ entre:

‘Conceptos de “experiencia próxima” y de “experiencia distante” [...] un concepto de experiencia próxima es aquel que alguien puede emplear naturalmente y sin esfuerzo alguno para definir lo que él o sus prójimos ven, sienten, piensan, imaginan, etcétera, y que podría comprender con rapidez en el caso de que fuese aplicado de forma similar por otras personas. Un concepto de experiencia distante es, en cambio, aquel que los especialistas de un género u otro [un médico, un psicólogo o un nutricionista] emplean para impulsar sus propósitos científicos, filosóficos o prácticos’ (Geertz 1994, p.75)

En este estudio, constituyeron conceptos de “experiencia próxima”, por ejemplo: ‘transgresión’, ‘comidas que llenan’ y ‘alimentos problema’ y conceptos de “experiencia distante”: ‘alimentos engordantes’, ‘alimentos light’, ‘hipo-calóricos’, ‘hiper-calóricos’. Más adelante se ampliará este punto.

Como señalábamos al inicio de este artículo, el trabajo de campo (etnográfico) se realizó en dos grupos terapéuticos. Uno de ellos constituía una de las acciones más importante dentro de un programa para el descenso de peso. Este programa dependía de una hospital privado de la ciudad de

⁴ “Oposición que deriva de la distinción que la lingüística ha establecido entre la fonémica y la fonética, donde la fonémica clasifica los sonidos de acuerdo con sus funciones internas en el lenguaje, mientras la fonética los clasifica de acuerdo con sus propiedades acústicas como tales” (Geertz 1994, p.75)

Buenos Aires. Participar en este programa era un beneficio con el que contaban los pacientes/clientes afiliados a este hospital.

El segundo grupo terapéutico dependía del Servicio de Nutrición del Hospital General de Agudos José María Penna de la ciudad de Buenos Aires. El área programática de este hospital incluye algunos de los barrios más empobrecidos, con ingresos per cápita inferiores en comparación con los de la ciudad y los estudios primarios son el nivel de instrucción más alto en la población menor de 25 años. También posee el mayor porcentaje de personas que recurren únicamente a la Salud Pública (ASIS 2008)

Los pacientes del grupo 1 (hospital privado) en términos generales eran profesionales o empleados en relación de dependencia. Sus edades rondaban entre los 35-65 años y en su mayoría eran mujeres (3 a 1). Las pacientes del grupo 2 (hospital público) todas mujeres, eran amas de casa o trabajadoras domésticas, de entre 19 y 60 años.

El mecanismo para establecer el primer contacto, en el grupo 1 fue principalmente por la recomendación de algún ex-participante; mientras que en el grupo 2 fue la derivación desde el servicio de Endocrinología del hospital u otros servicios.

Las razones para iniciar el tratamiento fueron diferentes, principalmente entre las mujeres. Para las mujeres del grupo 1, 'recobrar' la belleza y la salud -en segundo lugar- fueron las razones principales.

En el grupo 2 la derivación al servicio de nutrición y por ende al único dispositivo de tratamiento grupal con el que cuenta, fue la razón principal. Es decir, las pacientes del grupo 2 comenzaron en el grupo por prescripción, antes que por una decisión autónoma.

Las razones para continuar en el tratamiento en ambos grupos, también fueron diversas. En el grupo 1, los argumentos principalmente fueron la 'confianza' y la 'creencia' en el 'fundamento científico' que subyace al tratamiento al que se sometían. Mientras que el grupo 2, continuaban para mantener el apoyo recibido por 'las compañeras'.

Los recursos de ambos grupos eran sumamente desiguales. Los pacientes del grupo 1, además de contar con un espacio equipado y propio de reunión, contaban con

un gimnasio, talleres formativos, una nutricionista para consultar y un teléfono las 24 horas al que llamar ante una dificultad.

Mientras que el grupo 2, sólo contaban con un espacio de reunión compartido (la sala de seminarios del hospital durante una hora y media a la semana). Sin embargo, el grupo de pacientes, por iniciativa propia, realizaba caminatas semanales por las inmediaciones del hospital.

Las representaciones de los pacientes sobre lo que es el grupo son muy diversas en un grupo y en otro. Para los pacientes del grupo 1, éste constituye un espacio 'seguro' y 'ordenado' en comparación con un 'afuera' que posee características de: 'caótico', 'desordenado' y con 'situaciones de riesgo' que atentan 'en contra' de sus intentos por adelgazar, veamos una narrativa sobre ésto último:

'Este fin de semana voy a estar en zona de riesgo ¿se acuerdan esa amiga que les comenté que invita a parejas para quedarse a comer y charlas y hacer tortas? Bueno ya le dije a mi marido que nosotros vamos a decir que no nos podemos quedar, que yo me quiero escapar de esa situación. La gente que me rodea me ayuda, mi marido, mi hija [...] lo que me juega en contra es esa amiga'

Sin embargo, en las pacientes del grupo 2 este tipo de representaciones sobre el grupo como un especie de "comunidad de aflicción"⁵ (Turner 2005) no estaba presente. Para los pacientes del grupo que funcionaba al interior de un hospital privado el espacio y el tiempo de las reuniones del grupo es repetitivo y ritualizado. Al esquema espacial del 'adentro' le oponen un 'afuera' que es más caótico, es un espacio 'de riesgo', en donde los pacientes deben enfrentarse solos sin su "comunidad de aflicción" (idem:2005)

Observamos que el grupo terapéutico del hospital privado, efectivamente, se constituía en una comunidad, la cual por compartir una vivencia en común (con el padecimiento de la obesidad) así como también espacios físicos ('el adentro') y actores (el equipo de salud) permitían, en varias ocasiones que se observaron, la

⁵ La comunidad de aflicción comparte una experiencia vivida de la aflicción y conforman una comunidad sagrada (Turner, 2005).

reverberación de la experiencia por fuera, incluso, del grupo. Una de esas observaciones fue el caso de una de las pacientes que realizó un viaje y a su regreso compartió su experiencia:

‘me acordé de ustedes todo el tiempo, de todos los consejos que me dieron para no caer, para mantenerme en el plan, me ayudaron mucho’

El sentido de pertenencia era fuerte y se expresaba en un compromiso hacia el grupo, y por consiguiente, el tratamiento. Tal vez, esto podría explicarnos la recurrente referencia de los pacientes hacia la ‘culpa’ por la ‘transgresión’ de sus conductas alimentarias:

‘Eso me taladra la cabeza, no hago reemplazos o transgresiones con lo dulce. Y es el dulce lo que quiero’

Estos fuertes sentidos de compromiso y comunidad atribuidos al grupo y al tratamiento no se encontraron en el grupo y tratamiento del hospital público. En éste último, lo que se pudo observar, sí, son relaciones de amistad entre las participantes, que en muchos casos trascendían el espacio del grupo, y proveían relaciones de ayuda-mutua.

Pioneros en el estudio de la obesidad en Argentina, como el Dr. Braguinsky, han intentado ampliar el horizonte de entendimiento de esta enfermedad, alejándose de una mirada exclusivamente bio-médica e imbricando en este horizonte aspectos psicológicos y socio-políticos:

Cambiante en su configuración desde donde se la observa, la obesidad aparece como un caleidoscopio: sus configuraciones pueden ser muy diversas [...] Como en un caleidoscopio, muchas otras imágenes son posibles [...] en esta área, probablemente más que en cualquier otra de la medicina [...] existen miradas sociales, culturales, psicológicas y vinculadas a la historia de la persona [...] Esta participación de la cultura en la consideración de la obesidad es importante. Determina, en gran medida, las perturbaciones en la apreciación del propio cuerpo por parte de las personas jóvenes, en particular las mujeres; los trastornos del patrón alimentario, a veces muy graves y las sensaciones de profunda infelicidad y depresión [...] las consecuencias psicológicas de la censura a la obesidad son múltiples

[...] es la segunda causa de discriminación laboral en la Argentina. De hecho, tal vez ninguna entidad en la nosología está tan penetrada por los datos de la cultura como la obesidad. (Braguinsky 2009, p.3)

Recién en 2008 en Argentina se sancionó la Ley Nacional N° 26.396 (Conocida como Ley de la Obesidad) que evidenció el vacío y la ‘invisibilidad’ de la obesidad en la agenda político-sanitaria del país.

La ‘invisibilidad’ que observábamos en estudios anteriores (Cuesta Ramunno 2007; 2008), está relacionada, en parte, al gran desafío que representa para la relación médico-paciente la obesidad: “quizá como en ninguna otra condición, la relación terapéutica con el obeso es particularmente inestable y frágil” (Costa Gil 2007).

Para los profesionales sanitarios, en muchas ocasiones, el obeso es *a crock*, es decir, un paciente al que no se le puede dar, en definitiva, una rápida y eficiente curación (Becker 1993)

Todas estas diferentes visiones de, al parecer, una misma enfermedad, indican que no podemos partir de considerarla, junto con las prácticas alimentarias (factor causal) como hechos de simple explicación.

Los alimentos no son simples portadores de nutrientes, sino que también son “buenos para conocer” (Levi-Strauss 1968; Archetti 1992) una cultura y una sociedad. Éstas últimas dos actúan condicionando los usos de cada alimento, sus combinaciones, el orden, la composición, el número y las horas de las diferentes comidas (Contreras Hernández y Gracia Arnáiz 2005), además también establecen quién puede comer qué. (Aguirre 2005)

Estas normas de uso de los alimentos conforman una gramática culinaria y de la misma manera que las normas gramaticales enlazan las palabras para formar las oraciones propias de cada lengua, estas normas culinarias enlazan los alimentos para formar las cocinas propias de cada grupo y también de cada tradición familiar. Barthes señalará que esta gramática culinaria es una estructura significativa y por tanto, un sistema de comunicación y como tal, está conformada por elementos que se constituyen en signos (Barthes 2006).

En resumen, los alimentos trascienden su función de necesidad o placer (más

inmediata) y se constituyen en signos. El cambio en estos signos genera cambios en su significación que afectan, a su vez, a las prácticas sociales a las que están unidos (Castoriadis en Arribas 2008).

Las prácticas alimentarias, en los tratamientos analizados, son objeto de constante desnaturalización; se desautomatiza su “conciencia práctica” (Giddens 2002). Este proceso al mismo tiempo que modifica, favorece la apropiación de nuevas prácticas alimentarias.

La gramática culinaria que cada uno de los pacientes de los grupos terapéuticos poseía por pertenecer a cierto grupo y familia fue modificada durante el tratamiento. Para ello, los profesionales utilizaron, entre otros recursos, nuevos términos para viejos alimentos. A continuación se incluye un diálogo entre una nutricionista y un paciente del tratamiento en el hospital privado que ejemplifica esto:

‘Nutricionista: vi que tenés que controlar la porción, vos comés ensaladas A+B+C. Deberías suprimir la C

Paciente: predominan más las A+B que me satisfacen más, estoy empezando a usar más las proteínas’

Como seres humanos no comemos simplemente calorías. Pensar lo opuesto es reducir la alimentación a un fenómeno biológico y por tanto, sólo sería una cuestión de satisfacer una demanda corporal con una ingesta de nutrientes. Pero no es así, nuestra sociedad hace una selección de entre todo lo comestible y el resultado es la composición de nuestra cultura alimentaria.

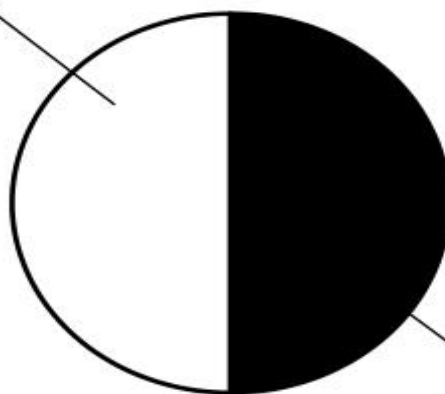
En los tratamientos analizados, la comida se presenta como nutrientes y esto genera confusiones en los pacientes, debido a la dificultad que representa trasladar la composición de un plato de nutrientes como el que vemos en la Figura 1. a un plato como el que realmente comemos⁶:

⁶ Pacientes al respecto del gráfico decían: ‘la verdad que viéndolo así está bien, pero después crees que es más lo que tienes que poner, lo calculás a ojo’ ; ‘bueno yo creo que armo una porción más grande que la que veo’.

PLATO PRINCIPAL

Vegetales + doble porción de hidratos + 1 porción de grasa.

FIDEOS
(12 cucharadas)



VEGETALES
(1 plato hondo)

Figura 1 - El Plato de comida en los tratamiento para adelgazar

Fuente: Elaboración propia.

Con estos ejemplos tomados del campo, observamos cómo los sentidos asignados a los alimentos se redirigen, por medio de estos giros aparentemente sólo de tipo lingüísticos, hacia sentidos signados por lo 'nutricional' y lo 'calórico'.

Los 'planes alimentarios' prescritos para ambos grupos, no prohibían o excluían alimentos. Lo que condicionaban estrictamente es la cantidad. Los pacientes deben modificar las cantidades de los alimentos que comen y por sobre todo, de aquellos más calóricos y que en general son los que más les gustan. Varios entrevistados definieron estos alimentos ('dulces', 'asado', 'arroz', 'pastas' y algunas bebidas alcohólicas, como la 'cerveza') como: 'mi alimento problema'.

En sus narrativas estos alimentos evocaban y se imbricaban a relaciones sociales primarias.

Hemos incluido algunos de esos relatos para compartir la intensidad de esta evocación:

'Estuve recluida en la cocina de atrás de mi casa haciendo tortas sin parar, habré cocinado unas 20 tortas, fue la manera de recordar a mi madre el día de la fiesta, a ella le gustaba mucho la repostería pero mi familia se preocupó por que hice todas esas tortas para pocos invitados' (Mujer de 50 años, 6 meses en el grupo terapéutico del hospital público)

'Me compraba como 4 o 5 merengues y capaz que me los comía todos. Entonces después me agarraba una angustia terrible, me quedaba en mi casa mirando tele y por ahí me venían a buscar, me tocaban el timbre y yo no les abría. Fue una época con muchos mambos, la familia, mis abuelos. Mi papá que estuvo como medio ausente, no en tanto a la comida, en cuanto al trabajo, era un hombre trabajador, pero en cuanto a la relación con nosotros, conmigo especialmente; mis viejos después se separaron, muchas cosas, muchas complicaciones' (Mujer de 56 años, 8 años en el grupos del hospital privado)

En estas narrativas las cantidades no son un aspecto menor de ese 'alimento problema' que se consume. Es un aspecto tan poderoso que los paciente se sienten incapaces de controlarla, por eso una gran parte de ellos manifestó excluir totalmente de

sus dietas su 'alimento problema' mientras durara el tratamiento. Esta estrategia les implicaba, también, alejarse de los ámbitos donde esos alimentos se encontrarán a su disponibilidad ('fiestas', 'despedidas', 'asados', etc.)

Una limitación para proseguir con el estudio es que aún no se ha profundizado sobre los mecanismos que atribuyen a los alimentos estas cualidades sociales relacionales. Este aspecto ha sido poco estudiando en las ciencias sociales. Por ahora, debemos conformarnos con interpretar estos alimentos y las prácticas que los acompañan actúan como símbolos y rituales que condensan (Turner 2005) lazos afectivos y consanguíneos.

En el estudio, además de emplear un enfoque claramente etnográfico (es decir, descriptivo) para conocer lo que implica realizar un tratamiento para adelgazar, empleamos un enfoque relacional (Menéndez 2002)⁷.

Un enfoque relacional es aquel que considera que, en este caso la obesidad, es un proceso que se desarrolla dentro de relaciones sociales de diferente tipo e implica a muchos actores. Los sujetos, en este caso obesos, viven en todos los campos de su vida en constante relación y el alto valor de estas relaciones para el desarrollo personal ya ha sido demostrado (Bowlby 1989).

Conocer esas relaciones⁸ que operan bajo cualquier padecimiento resulta esencial. Para Menéndez "desde esta perspectiva, los padecimientos pueden constituir metáforas de la sociedad a nivel genérico o pueden ser síntomas de determinadas condiciones culturales y/o económico políticas que ocurren en un contexto específico". (Menéndez 2002, p.311)

Desde este enfoque, cobra sentido la pregunta que se realizó a los entrevistados de ambos tratamientos: ¿Qué momentos significativos identifica en su vida relacionados a sus aumentos de peso? Los entrevistados identificaron hitos vitales muy importantes asociados a los momentos de mayor aumento de peso.

⁷ El enfoque relacional se nutre de autores como Pierre Bourdieu, Erving Goffman, Harn Antorosky y Geor Hans Habermas.

⁸ Que en su mayoría son de tipo primarias y cotidianas y se dan en el nivel micro-social.

Los hitos señalados por los pacientes de ambos grupos pueden resumirse en los siguientes: los hombres entrevistados (dos) señalaron al casamiento como hito. El resto, ocho mujeres, señalaron: divorcios; separaciones; defunciones de familiares cercanos; migraciones y embarazos.

En ambos grupos encontramos hitos similares. Atribuyeron sus aumentos de peso significativos, en general, a situaciones de cambios, principalmente de sus relaciones sociales primarias, como son las conyugales o familiares. Estas narrativas, que enlazan episodios de aumento de peso con aspectos relacionales, refuerzan la idea del fuerte contenido social y cultural de las prácticas causantes, en su mayoría, de la obesidad.

CONCLUSIÓN

En este artículo hemos presentado y analizado diferentes aspectos de dos tipos de tratamientos para la obesidad que se presentan como dispositivos asistenciales, en cierto punto, desiguales. Pero más allá de esto, pudimos observar, a través de su estudio, aspectos similares de la "experiencia próxima" (Geertz 1994) de los pacientes que lo realizan y de las prácticas profesionales que se ponen en juego para lograr el objetivo primordial: el descenso de peso.

Incluir la conformación de grupos terapéuticos se muestra como un aspecto beneficioso para lograr la tan anhelada "adherencia" al tratamiento que transitan (no sin fuertes dificultades y amplias repercusión para su vida diaria) para el descenso de peso.

De todas formas, sin restarle importancia, no es suficiente. La cronicidad, no de la enfermedad, sino de la permanencia y recurrencia en tratamientos para adelgazar (que incluyen grupos tanto terapéuticos como de ayuda-mutua) que evidenció el estudio de las trayectorias con la enfermedad, también da cuenta de ello.

En este artículo quisimos resaltar principalmente aquellos aspectos de los tratamientos estudiados y de la obesidad como enfermedad, que se encuentran íntimamente imbricados a relaciones sociales (en el 'afuera').

Estas relaciones, cuya importancia para la salud de los sujetos en general está ampliamente demostrada, no son incluidas en estos tratamientos que como pudimos ver, se

desarrollan al interior de un grupo y en interacción con personas que comparten en ese 'adentro' un mismo problema: la obesidad.

Consideramos que es evidenciando estas omisiones (además de otras) desde donde la antropología de la salud puede generar conocimientos para aumentar la eficacia de los tratamientos para la obesidad.

REFERENCIAS

1-Abonizio, M. Antropología y Salud. Drogas: políticas, servicios y prácticas en salud. Rosario. Argentina. Editorial Del Revés. 2008.

2-Aguirre, P. Estrategias de consumo: que comen los argentinos que comen. Buenos Aires. Miño y Davila, CIES. 2005.

3-Archetti, E. El mundo social y simbólico del cuy. Ecuador, Quito. Sépales. 1992.

4-Arribas, S. Cornelius Castoriadis y el imaginario político. Revista Foro Interno. Anuario de Teoría Política. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Vol. 8. 2008. p. 105-132.

5-ASIS-Regiones Sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires. Herramientas para la actualización de la Vigilancia y el Análisis de Situación de Salud. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina. 2008

6-Barthes, R. Por una psico-sociología de la alimentación contemporánea. Revista de metodología de Ciencias Sociales. Vol. 11. Num enero-junio. 2006. p. 205-221.

7-Becker, H. S. How I learned what a crock was. Journal of Contemporary Ethnography. Vol. 22. Num April 1. 1993. p. 28-35.

8-Bowlby, J. Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. España. Paidós Ibérica. 1989.

9-Braguisnky, J. M. editor. Obesidad: Saberes y conflictos. Un tratado de obesidad. Madrid. ACINDES. 2009

10-Comelles, J. De la Ayuda Mutua y de la Asistencia como categorías antropológicas.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Una revisión conceptual. Jornadas aragonesas de Educación para la Salud. España. 1997

11-Contreras Hernández, J.; Gracia Arnáiz, M. Alimentación y Cultura. Perspectivas antropológicas. Barcelona. Ariel. 2008.

12-Costa Gil, J. E. La bioética y el paciente obeso. IN Braguinsky Jorge. M editor. Buenos Aires. ACINDES. 2007. p. 13-24.

13-Cuesta Ramunno, E. El saber médico-profesional sobre la obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Estudio de caso en un Centro de Atención Primaria de Salud de la Ciudad de Rosario (Argentina). Actas IX Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural. Argentina. 2007.

14-La obesidad: "esa rica enfermedad". Prácticas y representaciones del saber médico-profesional sobre la obesidad en un Centro de Salud de la Ciudad de Rosario. Actas IX Congreso Argentino de Antropología Social Posadas. Argentina. 2008.

15-Fischer, C. Gastro-nomia y gastro-anomia: sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. IN Contreras Hernández, Jesús M. editor. Barcelona. Publicacions de la Universitat de Barcelona. 1995

16-Gadamer, G. H. Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica (vol. I y II). Salamanca. España. Sígueme S. A. 1977

17-Geertz, C. Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas. Barcelona. Paidós. 1994

18-Giddens, A. Modernidad e identidad del yo - el yo y la sociedad en la época contemporánea. Buenos Aires. Península. 2002.

19-Krotz, E. VI Conferencia Esther Hermitte. Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES). Buenos Aires. Argentina. 2009.

20-Levi-Strauss, C. Mitológicas 1: Lo crudo y lo Cocido. México. Fondo de Cultura Económica. 1996.

21-Menéndez, E. L. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona. Bellaterra. 2002.

22-Turner, V. La selva de los símbolos. Madrid. Siglo XXI. 2005.

Recebido para publicação em 10/11/2014

Aceptado em 07/03/2015

