

# Ética y conducta alimentaria: la obesidad y sus desafíos

Ethics and alimentary behavior: obesity and its challenges

Ética e comportamento alimentar:  
obesidade e os seus desafios

Fernando Lolas-Stepke\*

349

Ensaio • Essay  
O Mundo da Saúde, São Paulo · 2014;38(3):349-354

## Resumen

El problema de la obesidad debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria considerando sus determinantes biológicos, sociales y económicos. En la dimensión ética debe considerarse la reflexión en los planos individual y societario, a fin de abordar problemas que se presentan en los niveles macro, meso y micro de la estructura social. Las relaciones entre la obesidad producto de la ingesta excesiva y las adicciones químicas de otro tipo merecen considerarse.

**Palabras-clave:** Obesidad. Ética. Conducta Alimentaria.

## Abstract

The problems posed by human obesity must be approached from a multidisciplinary perspective, considering its biological, social and economic determinants. In the ethical dimension the analysis should be performed at the individual and the societal levels in order to confront problems presented within the macro, the meso and the microstructure of social relationships. The relationships between obesity, as a result of excessive food intake, and other chemical addictions must be considered.

**Keywords:** Obesity. Ethics. Feeding Behavior.

## Resumo

Os problemas advindos da obesidade humana devem ser abordados de uma perspectiva multidisciplinar, considerando seus determinantes biológicos, sociais e econômicos. Na dimensão ética, a análise deve executar-se nos níveis individual e social para enfrentar problemas apresentados dentro da macro, meso e microestrutura de relações sociais. As relações entre a obesidade, em consequência de um regime de alimentação excessiva e outras adições químicas, devem ser consideradas.

**Palavras-chave:** Obesidade. Ética. Comportamento Alimentar.

DOI: 10.15343/0104-7809.20143803349354

\* Universidad de Chile. Clínica Psiquiátrica, Centro de Estudios en Bioética e Instituto de Estudios Internacionales, Santiago de Chile.  
E-mail: flolas@u.uchile.cl

O autor declara não haver conflitos de interesse.

## EL CUERPO HUMANO ES UNA CONSTRUCCIÓN BIO-CULTURAL

Confluyen sobre el cuerpo influencias derivadas de la naturaleza y de la cultura. Es producto de un proceso evolutivo y de la selección genética modulada por el entorno no humano pero su percepción es también fruto del moldeamiento cultural en cuanto a apariencia y significados. El cuerpo no solamente es biología. También es biografía e historia.

Cada persona tiene un cuerpo único desde el punto de vista físico y de su autopercepción. En el grupo, los ideales de belleza, las modas estéticas y las aspiraciones sociales moldean expectativas y formas de comportarse.

Esta tensión entre *nature* y *nurture* es consubstancial a la condición humana. Influye sobre las definiciones de lo normal y lo anormal, los conceptos de patología y riesgo o daño potencial, la provisión de servicios y las obligaciones de las personas.

La obesidad puede definirse como acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, sobrepeso, relaciones peso / estatura y conceptualizarse como trastorno estético, riesgo para la salud o alteración de la norma cultural. No existe una relación simple entre percepciones, imágenes, trastornos psicológicos y alteración del peso corporal. Ésta puede ser causa o consecuencia de comportamientos anómalos. En la creación de un fenotipo obeso influye tanto la ingesta excesiva como sedentarismo, condiciones socioeconómicas e influencias psicológicas. A su vez, este fenotipo crea en torno suyo un ambiente de respuestas sociales, a veces reprobatorias, que configuran condiciones complejas. Por fenotipo no entendemos acá solamente la morfología sino también el “fenotipo comportamental”, lo que las personas estructuran como comportamiento en relación a diversas áreas vitales. La *homeostasis ingestiva* se debe estudiar en conjunto con las preferencias alimentarias, las pautas y normas sociales y el valor simbólico del alimento y del acto de comer<sup>1</sup>.

## ÉTICA COMO REFLEXIÓN INDIVIDUAL: HETERONOMÍA Y AUTONOMÍA

Ética es la reflexión sobre las conductas humanas que busca formular, fundamentar y aplicar principios normativos. Hay un estrato de

moralidad cotidiana que no llega a ser objeto de reflexión y constituye el *sensus communis*, que como *ethos* social se manifiesta en prácticas establecidas por la cultura y la tradición. La autoconciencia individual y grupal sobre estas pautas implícitas constituye lo que tradicionalmente se llamó filosofía práctica, en la cual la ética – como reflexión sistemática – ocupa un lugar de privilegio. En versiones más actuales, algunas de las cuales se entienden como *bioética*, se fusionan las perspectivas deontológica (centrada en deberes) y teleológica (centrada en consecuencias de los actos) y se toma el diálogo como fundamento y matriz de la valoración y la acción<sup>2,3</sup>.

El primer plano de análisis lo constituye el *individuo*. El comportamiento alimentario es una *conducta motivada*. Como otras conductas motivadas, tiene por finalidad la regulación homeostática o la satisfacción de necesidades y deseos. Filogenéticamente, la regulación de variables orgánicas críticas se obtiene por mecanismos fisiológicos de retroalimentación o por modificaciones del comportamiento. Algunos cambios conductuales modifican el entorno o se asocian a procesos fisiológicos. Su resultado puede ser equilibrio o balance. El punto de equilibrio dictado por la genética es diferente para cada persona o grupo. Puede haber estados de equilibrio que no constituyen balance y desequilibrios balanceados.

El ciclo motivacional incluye un *comportamiento apetitivo*, de búsqueda de estímulos clave, y *actos consumatorios*, que producen *saciedad*, interrupción del episodio de ingesta, y *saciación*, con un período quiescente entre episodios de ingesta. Es importante destacar que el comportamiento motor puede ser concordante o discordante con la regulación fisiológica. Esta dualidad de los mecanismos reguladores permite entender fenómenos aparentemente contradictorios en la especie humana, como la sobre-reacción ante algunos estímulos o comportamientos que parecen contradecir la regulación homeostática. La sobreingesta y otras respuestas exageradas a estímulos demuestran desarmonías entre “sistemas motivacionales” distintos que confluyen en la conducta final. Comer no solamente sirve para reponer energías e ingresar calorías. Es una

conducta social o individual que puede tener motivaciones distintas de la restauración del balance energético. De hecho, la sincronización de los episodios de ingesta con otras actividades humanas es de regla y la toma de alimentos a lo largo del ciclo circadiano está influida por factores psicológicos, sociales y religiosos.

Los sistemas motivacionales, con su alternancia entre conducta apetitiva y acto consumatorio y puntos de equilibrio o balance en variables críticas (cuyas desviaciones se experimentan como necesidades o deseos), reciben influencias “internas” o fisiológicas y “externas” o ambientales. Una teoría para la sobre ingesta de algunos individuos sostiene que son más sensibles a claves ambientales y están predispuestos a guiarse por ellas más que por las señales del propio cuerpo. Esta “externalidad” puede relacionarse con las claves lingüísticas con que se interpretan las señales corporales. Un “*arousal*” inespecífico puede rotularse de “angustia”, “hambre” u otro afecto según la disponibilidad de claves internas o externas y la “atribución” del individuo a estados fisiológicos o psicológicos según experiencia, aprendizaje o contexto.

Otro aspecto relevante en la conducta individual es la tensión entre norma cultural y predisposición fisiológica. Un corolario de la *teoría de la restricción* es que las personas no son obesas porque comen más sino que comen más por ser “disposicionalmente” obesas. Tendrían un “*set point*” o punto de regulación más elevado que otras. Se establece así una tensión entre las demandas biológicas y los ideales de belleza (o prescripciones médicas) que lleva a restringir la ingesta (“*dieting*”). Las personas con altos índices de “restricción” ejercen mayor control voluntario sobre la ingesta, creando un “balance desequilibrado” que hace esperable la desinhibición periódica. Los “*eating disorders*” serían más bien “*dieting disorders*” porque las dietas estrictas serían causa, no solución, de los problemas clínicos del comportamiento alimentario<sup>4</sup>.

Hacer dieta es someterse a una norma externa (heteronomía) con el fin de lograr un resultado. El individuo renuncia a su decisión autónoma y se confía a reglas y principios a veces desagradables, punitivos o contrarios a sus tendencias espontáneas. Este control normativo

externo semeja una afiliación ideológica o religiosa, restando espontaneidad a la conducta y predisponiendo a transgresiones acompañadas de culpa o sensaciones disfóricas. Toda dieta está destinada a ser vulnerada o transgredida, igual que los preceptos legales o religiosos, independientemente de su origen. A veces las dietas derivan de consideraciones preventivas y no de ideales estéticos, pero la dinámica es semejante: su ruptura causa culpa y desazón, llevando a su reinstauración “a partir de mañana”, “a contar de mi cumpleaños”, “en el año nuevo” u otras determinaciones temporales semejantes.

## ÉTICA EN EL PLANO GRUPAL Y SOCIAL: POLÍTICAS PÚBLICAS

En el plano grupal, el problema ético de la obesidad deriva de sus implicaciones para la salud pública, concebida como los esfuerzos de la comunidad organizada para asegurar a sus miembros una calidad de vida acorde con sus expectativas y cultura. El cuerpo humano no solamente es medio para lograr fines sociales. También es fin en sí mismo, como objeto de admiración e imitación. La percepción propia difiere de la de otras personas y la pauta cultural sufre modificaciones históricas. No debe olvidarse que la normatividad fisiológica deriva de lo que se considera “científicamente” válido. Sin embargo, está sometida a influencias de diverso orden. Lo que se considera “normal” no es igual en Manhattan y Cochabamba y difiere entre el siglo XVIII y el XXI. No solamente se “sabe” más, sino lo que se sabe es diferente. En una sociedad científicamente alfabetizada es usual que los criterios de normalidad incluyan mediciones bioquímicas inexistentes en otras. Asimismo, el “umbral” de lo patológico es diferente, pues quejas y molestias consideradas “normales” en una comunidad, una cultura, una época histórica o una edad vital son muy diversas<sup>5</sup>.

Esta determinación multicausal del comportamiento, del cuerpo o de la norma, obliga a pensar la obesidad como desafío para la salud pública desde varias perspectivas. En la medicina contemporánea, el concepto que más saliencia ha alcanzado es el de riesgo. Muchas condiciones patológicas no son detectables por síntomas

o signos. El fundamento de la intervención médica es proactivo. Trata de *impedir* daños o menoscabos. El *riesgo* es la probabilidad del daño; su intensidad es producto de la gravedad del daño multiplicada por la probabilidad de su ocurrencia. Daños improbables pero graves (morir en un accidente aéreo) pueden parangonarse a daños muy probables pero leves (contraer un resfrío en invierno). La percepción subjetiva del riesgo es importante. Las campañas de prevención y promoción enfrentan la sensación ubicua de invulnerabilidad de las personas: "lo grave" acontecerá a otros y no a ellas. Como el tabaquismo, la obesidad como factor de riesgo no suele determinar cambios conductuales profundos o inducir asistencia médica, especialmente si se considera como variante inofensiva de la morfología corporal o se asocia el fenotipo obeso a cualidades socialmente positivas, como la alegría o la amistad.

Toda política pública es un desafío técnico y ético. Para tomar decisiones se suele considerar la información acumulada, la experiencia de expertos y la situación coyuntural que debe afrontarse.

En la obesidad, Barry, et al<sup>6</sup> estudian qué importancia tienen las creencias sobre sus causas en el apoyo a las políticas públicas. Su análisis contempla siete metáforas del discurso público. Según ellas, la obesidad: 1) es conducta pecaminosa (gula, glotonería); 2) es una forma de discapacidad; 3) es un trastorno alimentario; 4) es una adicción al alimento; 5) es manifestación de la estrechez de tiempo de la vida moderna; 6) es resultado de la manipulación por parte de intereses comerciales; 7) es producto de un ambiente alimentario deletéreo o tóxico.

Las metáforas son analogías que toman un aspecto de lo que describen y extienden sus connotaciones a ámbitos diferentes. Casi todas las metáforas señaladas se encuentran en teorías etiológicas. Faltan algunas, por ejemplo que la obesidad es una forma de ser persona o variante de personalidad, si bien bajo discapacidad se incluye la predisposición genética. Lo importante no es el número de metáforas ni la intensidad con que aparecen en el imaginario social sino su posición entre la responsabilidad y la inocencia personal. La noción de "enfermedad" con que se "desestigmatizó" el consumo excesivo de alcohol

puede aplicarse acá. Aunque uno puede exponerse a enfermedades (por conductas temerarias o falta de precauciones), la enfermedad ocurre y se desarrolla con independencia de la voluntad. Por otra parte, lo que es causado por el ambiente, no controlable por las personas, libera a éstas de responsabilidad. Incluso la predisposición genética suele interpretarse como liberadora de participación personal, en la errónea creencia de que los genes son destino.

El estudio de Barry, et al<sup>6</sup> indica que la afiliación partidaria o la ideología política fueron predictores débiles del apoyo a políticas sanitarias sobre la obesidad. Al estudiar las siete metáforas (y sus creencias relacionadas) en relación a dieciséis políticas públicas, los resultados sugieren que mientras más individual se percibe la responsabilidad menos se confía en las medidas de salud pública. Éstas también se consideran menos eficaces en la discapacidad hereditaria. Cuando la obesidad se considera resultado de conducta pecaminosa, y por tanto culpable, la gente espera que los seguros de salud debieran ser más caros para los obesos. Aumentar impuestos a los alimentos chatarra u otros que predisponen a la obesidad no parece aconsejable, toda vez que la carga tributaria la soportan todos los individuos y no solamente los obesos.

La representación social de una condición problemática es tan importante para la implementación de medidas preventivas, paliativas o curativas como los datos e informaciones de la investigación científica. Aún la más perfecta de las conclusiones, si no es adecuadamente entendida por quienes deben implementarla o aceptarla es inútil. De allí que el diálogo bioético deba considerarse elemento esencial e indispensable de una correcta planeación sanitaria.

## ÉTICA DE LAS DECISIONES SANITARIAS SOBRE LA OBESIDAD

La investigación médica y psicológica sobre la obesidad, sus causas y sus terapias se rige por los mismos principios éticos que otras. Tanto en estudios animales como en y con sujetos humanos, rigen las habituales normas de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Los investigadores y los terapeutas están obligados a

examinar sus propios prejuicios en relación al tema de estudio y a respetar la dignidad de las personas en la obtención y difusión de sus resultados.

La obesidad muestra típicamente la insuficiencia de los datos científicos para establecer políticas públicas y tomar decisiones colectivas. La evidencia científica está disponible. Sin embargo, no es la única a considerar. Además está la factibilidad real de aplicar medidas basadas en informaciones y datos de investigación. Hay influencia de la industria de alimentos, la información pública proporcionada por los medios de prensa, condiciones económicas generales y pautas culturales. La conducta alimentaria está multideterminada, pues no satisface solamente necesidades biológicas sino también simbólicas y sociales. Regular la conducta pública tomando en cuenta solamente balances calóricos o equilibrios dietéticos no limitará el número de individuos obesos ni reducirá sus riesgos médicos. La dictación de normas y regulaciones debe tomar en cuenta el contexto de creencias y valores en que serán aplicadas. La información, tal y como este término suelen entenderlo los profesionales sanitarios, es insuficiente para cambiar y mantener comportamientos.

Tal vez la enseñanza más sustantiva del movimiento bioético de las últimas décadas es que la legitimidad de cualquier norma o prescripción se fundamenta en la deliberación y el diálogo. Los comités de ética son instituciones sociales aceptadas para supervisar la investigación científica, la asistencia sanitaria y la conducta profesional. Menos claro es su papel en las decisiones que afectan a las sociedades y su ordenamiento institucional. La bioética no es simplemente otra forma de implementar las normas del derecho positivo o de arribar a consensos para formular legislaciones. El trabajo legislativo no cubre todas las diferenciaciones necesarias en materias de importancia moral y sus resultados pueden obedecer a coyunturas, conveniencias y acuerdos políticos en los que los argumentos definitivos terminan siendo diferentes de los que motivaron el movimiento social hacia su consolidación escrita. La ley y la salud pública exigen un replanteo en términos de motivaciones e intereses sociales que sean representativos de las comunidades.

Ello no es fácil porque tiende a confundirse la representación con la representatividad. Muchos congresistas pueden considerarse – o ser – representantes de grupos humanos con los cuales no se identifican y no podrían ser representativos de ellos, esto es, corporizar sus atributos más típicos y propios.

El problema de la obesidad, desde el punto de vista de la salud pública y sus relaciones con la ética social, puede y debe enfocarse desde el punto de vista de los determinantes macro, tales como disparidades en el acceso a bienes y servicios, desventajas sociales y otros determinantes de inequidad<sup>7</sup>. La predisposición al fenotipo obeso, con sus implicaciones sanitarias, no es un resultado simple o lineal de influencias genéticas y ambientales sino el producto, complejo, de las interacciones sociales, étnicas y económicas. Tanto la calidad de los alimentos como las posibilidades de llevar vidas saludables no son uniformes para todas las personas en la “lotería de la vida” y es tarea de los planificadores y administradores balancear las oportunidades de modo que se cumpla la expectativa de proveer más a los que menos tienen. No obstante ello, siempre restará un factor de responsabilidad personal que debe preservarse y estimularse, pues el desarrollo de la salud pública ha mostrado que, a largo plazo, lo que realmente importa es que las personas se hagan responsables por su salud y la de sus comunidades sin esperar pasivamente que el Estado y el mercado resuelvan todos sus problemas.

El modelo de las adicciones y su correlativo conjunto de censuras y prohibiciones permite entender que puede existir una “adicción al alimento”. Como conducta motivada exagerada o fuera de la norma social, también se ajusta al ciclo motivacional, solamente que con efectos desadaptativos. La adicción al alimento, a diferencia de otras adicciones químicas, es consecutiva a la exposición a él y no como otras, las cuales carecen del factor motivador en la fase primaria (cocaína, por ejemplo, precisa un período de exposición antes de generar dependencia). Si en una población los alimentos disponibles son solamente comida chatarra, o las limitaciones de tiempo impiden hábitos sanos de alimentación y estilo de vida, compete a los científicos diseñar formas en las cuales las políticas tomen en cuenta

la multicausalidad del problema y, sobre todo, se basen en metáforas y creencias con supuestos compartidos por los miembros de la comunidad, garantía de su aceptabilidad y aceptación. Aunque no se considere el modelo de las adicciones como el más adecuado, o se lo inserte dentro de un plexo de supuestos, estas consideraciones constituyen el núcleo de un ética como diálogo y abren la posibilidad de una integración de perspectivas. Las ciencias sociales son ciencias del significado y queda abierta la cuestión de si el discurso científico debe ser modificado o adaptado (en una "ingeniería social") para que las personas puedan no solamente entenderlo sino también aceptar sus criterios, corolarios y

consecuencias. Está demostrado que la relación entre ciencia y norma social no siempre rinde los frutos esperados y la causa de esta discrepancia, o del relativo escaso impacto de la investigación sobre la política pública, parece residir en la inconmensurabilidad de los discursos. Aunque se usen las mismas palabras y se tengan parecidas intenciones, la significación depende del contexto y ello permite esperar que no siempre se entenderá lo mismo por parte de diferentes actores y agentes sociales. Es un desafío lograr que las metáforas que presiden la vida social sean apropiadas, adecuadas y promotoras de la sana convivencia.

## REFERENCIAS

1. Drewnoski A. The behavioral phenotype in human obesity. In: Capaldi ED, editor. *Why we eat what eat: the psychology of eating*. Washington (DC): American Psychological Association; 1996. p. 291-308.
2. Lolas F. *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida*. 2a ed. Santiago (CL): Mediterráneo; 2001.
3. Lolas F. *Temas de Bioética*. Santiago (CL): Universitaria; 2002.
4. Lolas F. Conducta alimentaria: una perspectiva multidimensional sobre su regulación y trastornos. *Psicopatología*. 1999;19(1):1-8.
5. Lolas F. Normatividad fisiológica y nocividad ambiental: aspectos bioéticos. *Acta Bioethica*. 2001 [acceso 27 Jun 2014];7(2):205-12. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2001000200002&script=sci_arttext). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2001000200002>.
6. Barry CL, Brescoll VL, Brownell KD, Schlesinger M. Obesity metaphors: how beliefs about the causes of obesity affect support for public policy. *Milbank Quarterly*. 2009;87(1):7-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00546.x>.
7. Braveman, P. A health disparities perspective on obesity research. *Prev Chronic Dis*. 2009 [cited 2009 Jun 30];6(3). Available from: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jul/09\\_0012.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jul/09_0012.htm).