Medicalización del peso corporal. Cuestiones críticas en los discursos sobre obesidad.

Miguel Company Morales (1,2) y Maria Filomena Rubio Jiménez (1).

(1) Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Servicio Andaluz de Salud.
(2) Universidad de Almería.

Resumen
En la sociedad actual la preocupación por el control del peso corporal se ha convertido en una actividad prioritaria para instituciones sociales y ciudadanos. Para favorecer el estado "normal" del peso corporal los programas de educación para la salud señalan como imperativos el control de la alimentación y el fomento de la actividad física. Pero, la relación entre salud, alimentación, actividad física y obesidad es más compleja y problemática. Por otro lado, los discursos oficiales sobre obesidad suelen tener una carga moral que recuerda a los ciudadanos su responsabilidad en el cuidado de su salud basada en su autonomía y capacidad. Cada vez más investigadores alertan de la posibilidad que tienen estos discursos de favorecer conductas que establezcan una relación problemática con la alimentación y el ejercicio.

Palabras clave: Obesidad. Alimentación. Actividad Física. Peso Corporal. Educación en Salud. Medicalización.

Abstract
In the current society the worry for the control of the corporal weight has turned into prior activity for social institutions and citizens. To promote the "normal" condition of the corporal weight the programs of education for the health indicate as imperatives the control of the food and the promotion of the physical activity. But, the relationship between health, nutrition, physical activity and obesity is more complex and problematic. On the other hand, the official discourses on obesity usually have a moral burden reminds citizens responsibility for their health care from their autonomy and capability. Increasingly researchers warn of the possibility for these speeches to encourage behaviors that establish a

Company Morales, M. Rubio Jiménez MF. *Medicalización del peso corporal. Cuestiones críticas en los discursos sobre obesidad.* ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7(3)

Recibido: 02/jun/2013
Aceptado: 07/ago/2013

problematic relationship with food and exercise.

Key words: Obesity. Food. Physical activity. Body Weight. Health Education. Medicalization.

Introducción

Las políticas de promoción de la salud están basadas en la actualidad en el control de la alimentación y el fomento de la actividad física. Estas iniciativas están promovidas por el aumento de la prevalencia de la obesidad en la sociedad occidental, según indican autoridades sanitarias a nivel nacional e internacional (1). De esta forma, se ha comenzado a considerar en la última década a la obesidad como uno de los mayores problemas de salud pública catalogado incluso como una epidemia (2). Los expertos en obesidad aseguran que las formas más severas de esta enfermedad reducen la esperanza de vida debido a las complicaciones metabólicas y cardiovasculares que producen. Los cambios en la alimentación, los nuevos hábitos y estilos de vida de las sociedades desarrolladas son asumidos por los ciudadanos como la causa final de esta enfermedad.

Pero al mismo tiempo los investigadores sobre la obesidad tienen dificultades para concretar cuales son las causas de esta enfermedad. Causas medio ambientales, tales como la alimentación, la actividad física, las propias costumbres culturas, pero también componentes biológicos determinados por la genética parecen estar implicados, aunque no se conoce en que proporción. Además, se tiene dificultad para determinar cual es la mejor opción diagnostica. Por consenso se utiliza el índice de masa corporal (IMC), aunque se conocen sus deficiencias para definir el porcentaje de grasa corporal de un individuo, sobretodo en los niños. Tampoco hay consenso entre los investigadores de cuales pueden ser las mejores intervenciones terapéuticas o preventivas. Incluso, abordando la fisiopatología de la obesidad desde una perspectiva multifocal, existe dificultad para saber sobre que aspectos intervenir. La genética puede tener un porcentaje alto de responsabilidad pero en la actualidad estamos en un primer nivel de evidencia (3, 4, 5). Incluso parece que la nutrigenómica será clave en la alimentación individualizada según el mapa genético de cada persona (6). Sin embargo, las autoridades sanitarias indican que la intervención terapéutica debe enfocar hacia los factores ambientales, en concreto, proponen el control de la alimentación y el fomento de la actividad física como claves para el control del peso corporal y las patologías asociadas al aumento de este (1, 2).

En este artículo abordaremos inicialmente estas dificultades científicas para indicar con exactitud las causas, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. Examinaremos como sobre la obesidad existen incertidumbres que los investigadores conocen y no trascienden a los ciudadanos con la misma fuerza que las certezas. Esto se debe a que socialmente resulta inquietante aceptar que la ciencia médica tiene incertidumbres. La supresión de estas incertidumbres en los discursos de promoción de la salud respecto de los conocimientos sobre el cuerpo, el peso corporal, el ejercicio y la salud resultan inquietantes y éticamente cuestionables. Empleando términos de Beck (7) podríamos decir que el conocimiento social sobre la obesidad ha sido construido bajo el temor a padecer sus indeseables efectos secundarios producto de la vida occidental moderna. A pesar de las incertidumbres científicas sobre las causas, diagnostico, tratamiento y consecuencias del sobrepeso y la obesidad, en los discursos de los “expertos” se vinculan la salud con el control del peso corporal. Hoy en día conocemos por medio de diferentes campos de investigación y disciplinas que las relaciones entre peso, dieta, actividad física y salud son muy problemáticas y mucho más complejas e inciertas que la relación lineal que se propone (3,8). Si bien no negamos la importancia para la salud de una alimentación equilibrada, argumentamos que la forma en que la obesidad se vincula con la noción de una epidemia en los medios de comunicación, en el mundo científico, en los estudios de los gobiernos y las instituciones sanitarias, pueden promover respuestas potencialmente contraproducentes basadas en el miedo a enfermar.

Michael Foucault plantea que este miedo social basado en el riesgo a enfermar y perder el bienestar personal es favorecido por la medicalización de la vida humana (9). Se puede afirmar que la salud se ha convertido en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica que, en

consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente con las enfermedades. En realidad, la intervención de la medicina en materia de salud pública cada vez es mayor (10). Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo. Si bien es cierto que los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debería ser dirigido por un sistema de leyes codificadas, puede afirmarse que en los siglos XX y XXI las autoridades sanitarias han fomentado una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Los que gobiernan en la sociedad actual no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad. Esta es una de las características de la medicina actual, aunque se puede demostrar fácilmente que se trata de un viejo fenómeno, de una manera propia del desarrollo del "despegue" médico. Desde el siglo XVIII la medicina siempre se ha ocupado de lo que no se refería exclusivamente a ella, es decir, de otros aspectos distintos de los enfermos y las enfermedades, y precisamente así logró el control epidemiológico de finales de ese siglo (9).

Este artículo muestra como diferentes investigaciones sostienen que este éxito de la epidemiología y la salud pública han podido llevar a la “tentación” de intentar controlar todos los aspectos de la salud que no parezcan “normales”. Diferentes autores sostienen que la vinculación de la obesidad con una “epidemia”, la epidemia del siglo XXI, ha generado una situación de “pánico” y “crisis de la salud” en torno a la obesidad basada en el riesgo a enfermar, siendo esta aptitud potencialmente peligrosa para la salud de los ciudadanos, sobretodo de los más jóvenes (11, 12, 13). Nuestro artículo quiere contribuir al debate científico sobre los discursos institucionales empleados en las políticas de promoción de la salud destinadas a la prevención de la obesidad. Nuestro objetivo es fomentar una actitud reflexiva sobre la conveniencia de matizar los aspectos éticos y morales de estos discursos de promoción de estilos de vida saludables.

Obesidad, salud y enfermedad

Que la obesidad es una enfermedad con un abordaje diagnóstico y terapéutico complejo es una cuestión asumida por las autoridades sanitarias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce las limitaciones existentes en el diagnostico y tratamiento de la obesidad y afirma que no se conoce de manera completa cuales son los mecanismos que la producen (14). La evidencia científica sugiere que la obesidad tiene su génesis en la interacción entre factores individuales (genéticos y metabólicos) y factores relacionados con el modo de vida de las sociedades actuales (factores medioambientales). La fisiopatología de la obesidad es confusa. Existe una base genética implicada en el mantenimiento de un peso corporal estable, mediante sistemas reguladores extraordinariamente precisos que mantienen el balance entre la ingesta o la disminución del gasto energético (15, 4). En la génesis de la obesidad por lo tanto intervienen junto con el ambiente mecanismos hormonales y neurales, factores genéticos, metabólicos y constitucionales (16). Pero por otro lado, el origen genético de la obesidad también esta en un proceso embrionario en el conocimiento de esta enfermedad. La dificultad estriba en que en la mayoría de los casos se ha demostrado que no es un solo gen el implicado, es decir, el origen es poligénico (17).

La dificultad en el tratamiento de la obesidad comienza en la determinación precisa de sus causas, pero prosigue con el diagnóstico. Desde este punto de vista existen diferencias metodológicas para valorar la cantidad de grasa del organismo. Todas estos métodos están basados en medidas antropométricas (relación peso-talla, índice ponderal, relación cintura-cadera, pliegues cutáneos) que presentan distintas ventajas e inconvenientes. En la actualidad existe consenso internacional acerca de utilizar los valores de Índice de Masa Corporal (IMC) como la medida más adecuada de la adiposidad (18, 19). Sin embargo, aunque exista consenso para utilizar el IMC, y aunque se ha visto que son pertinentes variaciones para la medición en diferentes edades sobre todo en la infancia, esta decisión no está exenta de controversia (20).

Las autoridades sanitarias y las sociedades científicas reconocen la dificultad para realizar un diagnostico de obesidad basado en criterios de evidencia científica (19). Esta circunstancia se acentúa en el caso de diagnosticar a los niños y adolescentes. De igual modo, también manifiestan la dificultad para prever que un niño obeso será un adulto obeso. El Plan Integral de Obesidad Infantil

de Andalucía, implantado para la lucha en Andalucía contra la obesidad infantil, se muestra crítico sobre la capacidad para predecir que un niño con obesidad infantil será un adulto obeso: "… el diagnóstico de obesidad durante la infancia no implica certidumbre de que la persona será también obesa en la edad adulta y que, además, todo etiquetado puede tener implicaciones negativas para el desarrollo de la persona y su familia" (18). Diferentes autores (21) manifiestan que una tercera parte de la población infantil con obesidad llega a la edad adulta con un peso normal y un porcentaje similar llega con obesidad sin que exista por el momento alguna explicación satisfactoria para estos resultados. Pero socialmente está asumido que todo niño "gordito" será un adulto obeso, al igual, que todo adulto con sobrepeso u obesidad es un enfermo que está en riesgo de padecer otras patologías asociadas como enfermedades cardiovasculares o algunos tipo de cáncer. Certezas las anteriores que se convierten en incertidumbre cuando las investigaciones sobre las causas, diagnostico, tratamiento y pronóstico de la obesidad van aumentando en la última década (19).

Medicalización del control del peso corporal. Entre el riesgo para la salud y la alarma social

Lo cierto es que la obesidad es una preocupación creciente de las autoridades sanitarias nacionales e internacionales. Según las autoridades, lo es por la ascendente evolución de su frecuencia, por constituir en sí una enfermedad, por ser un factor de riesgo de otras enfermedades graves y por poner en peligro la viabilidad de los sistemas sanitarios al causar elevados costes económicos directos e indirectos. Entre estas patologías tienen un especial protagonismo las de origen cardiaco, pero también algunos cánceres, diabetes, nefropatías y enfermedades respiratorias, entre otras. Pero en la actualidad diferentes investigadores han realizado estudios dónde en sus conclusiones nos informan de resultados que contradicen algunas de las afirmaciones anteriores. Estudios como los de O´Brien et al (22) y Romero-Corral et al (23) que vinculan la causa de mortalidad al IMC concluyen que entre el grupo de pacientes con sobrepeso existe menor mortalidad por causas cardiacas y cáncer que en el resto de grupos. En estos estudios sólo se encuentran relacionados el grupo de obesos con la mortalidad por enfermedad cardiaca en el caso de los obesos del grupo II y III, no para los obesos del grupo I.

Tres estudios realizados por el mismo grupo de investigadores, Flegal et al (24, 25, 26) obtuvieron similares resultados a los enunciados anteriormente. Los resultados del estudio de Flegal et at (24) puso en evidencia que el grupo de mortalidad por enfermedad cardiovascular estaba positivamente relacionado con la obesidad, pero no así, en cambio, el grupo de peso insuficiente y el de sobrepeso. El aumento de mortalidad de los obesos por enfermedad cardiovascular engloba dos subgrupos y es más importante cuando el IMC supera los 35 kg/m2 (grados II y III de obesidad). En relación con la mortalidad por cáncer, en los resultados del estudio se pone de manifiesto que globalmente no existe ninguna relación entre aumento de mortalidad y nivel de IMC. Flegal (26) se cuestiona si el sobrepeso es nocivo para la salud y afirma que no hay duda que la información acumulada hasta ahora referente a la relación entre sobrepeso y mortalidad tendrá que ser tenida en cuenta cuando se elaboren nuevas guías de salud y consensos sobre sobrepeso y obesidad por parte de las sociedades científicas. No consiste en minimizar el problema que supone la obesidad tanto a nivel personal como social, pero si hay diferenciar entre el riesgo demostrado para obesos con IMC superior a 35 Kg/m2 y la falta de evidencia para otro tipo de grupos de obesos e incluso la posible prevención hacía algunas patologías de las personas con sobrepeso. Oreopoulos et al muestran como los enfermos con insuficiencia cardiaca crónica con sobrepeso u obesidad tienen un índice de mortalidad menor que los enfermos con bajo peso o peso normal que padecen esta patología. Sus hallazgos son consistentes con las pruebas en otras poblaciones con enfermedades crónicas (27).

Con la medicalización del control del peso corporal podríamos encontrarnos ante una ponderación científica de las consecuencias de la obesidad y especialmente del sobrepeso según nos muestran los últimos estudios internacionales. El sobrepeso no parece ser más nocivo para la salud que el peso normal. Existen indicios que indican que podría ser un elemento preventivo de cara a algunas patologías. Incluso podría ser más nocivo poseer un nivel de grasa corporal inferior al normal. Pero esta medicalización del control del peso corporal esta creando una situación dónde parece que el sobrepeso y la obesidad

son los culpables de todos los problemas de salud.

La medicalización del control del peso corporal es la clave para combatir la obesidad y la medicina el vigilante de la salud. La medicina desde su desarrollo como institución en el siglo XVIII se ha impuesto con frecuencia al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad y de control social. La medicina moderna es una medicina social, la cual produce una medicalización de la sociedad y la cultura (9). La medicalización de la salud, el nacimiento de la medicina social y su control por medio de la salud pública son pilares del estado moderno. Foucault ve en la institucionalización del estado moderno (la educación, la medicina, la justicia, etc…) un modo de ejercer poder por medio de practicas normalizadoras. Para comprender el modo en que funciona el poder en la sociedad moderna o sociedad normalizadora, hay que considerar la implantación de las disciplinas en todo el cuerpo social. En las sociedades de normalización, el poder se ejerce bajo la protección de un derecho público, centrado en la idea de soberanía, y una mecánica anónima de las disciplinas y más concretamente de la autodisciplina basada en la autonomía y libertad de los individuos fomentada desde los discursos institucionales (28).

Biopolítica y biopedagogía en la normalización del cuerpo

La autonomía y libertad de los individuos orientan a estos hacía la disciplina y el autocontrol. La disciplina ayuda a las instituciones sociales a conseguir uno de sus objetivos como es el control de la producción de nuevos discursos que se convierten en mecanismos de control de la producción del conocimiento científico (29). La disciplina, determina las condiciones que debe cumplir una proposición para entrar en el campo de lo verdadero, establece de qué objetos se debe hablar, qué instrumentos conceptuales o técnicas hay que utilizar y en qué horizonte teórico se debe inscribir. Entre los objetivos de la disciplina a nivel social está la normalización de los cuerpos. La disciplina se constituye a partir de la sistematización de las técnicas de poder. Teniendo como referente al cuerpo, como objeto del poder y a su disciplinamiento como objetivo. El poder disciplinario se organiza alrededor del cuerpo. Sin embargo, no es el único poder que se ejerce sobre el cuerpo. Foucault introduce el concepto de biopoder para definir el poder que toma como objeto el cuerpo en tanto soporte de procesos biológicos como la proliferación, los nacimientos, la mortalidad, la salud, la duración de la vida, etc. Pero va más allá y afirma que el dominio general de intervención, no es ya el individuo y su cuerpo, sino el cuerpo múltiple de la población. Se trata en este caso, de una política que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el domino de los cálculos explícitos y convierte al poder y el saber en agentes de transformación de la vida humana, en prácticas políticas sobre la vida (30). Foucault compara el funcionamiento del poder disciplinario y del biopoder. El poder disciplinario persigue la administración de los cuerpos, mientras que el biopoder se aboca a la gestión calculada de la vida, al control de poblaciones y a la estimación de la relación entre recursos y habitantes. Cuando este poder se ejerce por el estado y sobre el conjunto de la población hablamos de biopolítica, en términos foucaultianos. La biopolítica instaura un nuevo elemento, la población, como problema biológico y problema de poder. De este modo, la biopolítica tiene como característica la consideración de fenómenos de tipo colectivo, que aparecen con sus efectos económicos y políticos, esto es, fenómenos que individualmente son aleatorios e imprevisibles, pero en los que a nivel colectivo es posible establecer algunas constantes, por ejemplo la duración de una crisis económica o las medidas a tomar en una epidemia de obesidad.

Harwood opina que esa forma de poder en la actualidad no se ejerce bajo la forma de dar o quitar la vida, como en otras épocas ejecutaba el poder soberano (31). En la actualidad, este poder tiene una forma más sutil de presentación mediante el control del estado en la prevención de la muerte, la promoción de la vida y el bienestar. Pero también la mayoría de las normas de los estados contienen una dimensión de control de la economía, lo que implica un interés en mantener el control de la salud de la población a fin de disminuir el gasto público. Es decir, control sobre las prestaciones sociales y los servicios de salud. El instrumento principal que utiliza la biopolítica son los discursos institucionales como instauradores de las normas, produciéndose posteriormente la normalización de la conducta social de la población. Wright afirma que las prácticas de

normalización se realizan basándose en el conocimiento científico reconocido, transmitiendo como normal una particular forma de vivir y ser (32).

Wright y Harwood utilizan el termino biopedagogía para añadir a la idea de biopoder las prácticas de la pedagogía, con la intención de ayudar a entender el cuerpo como espacio político en la estrategias de promoción para la salud (33). Estas autoras defienden que las prácticas pedagógicas sobre el cuerpo y la salud se realizan en diferentes "espacios pedagógicos". Estos espacios no están forzosamente relacionados con las instituciones educativas y sanitarias. Estos espacios los podemos encontrar todos los días alrededor nuestro, en la web, en la televisión, la radio, libros, pancartas publicitarias o incluso folletos informativos. Estos espacios tienen en común el ser fuente de mensajes de cómo vivir, cómo comer y cuánto comer. En resumen, diariamente se dirigen a nosotros con prácticas pedagógicas que intentan promocionar la salud, por medio de una pedagogía de la vida, a la cuál podemos llamar biopedagogía.

Como expresa Harwood, no quiere decir que estas prácticas biopedagógicas por parte de las instituciones del estado sea algo malo o que sea una práctica totalitaria sobre la cual los ciudadanos no puedan ofrecer resistencia. El verdadero matiz se encuentra en ver cómo estas prácticas de biopoder, ejercido por medio de prácticas pedagógicas, se transforman en discursos normativos que ofrecen un concepto oficial de cuerpo saludable. Estos discursos se vuelven tan familiares que es habitual que ya no quede espacio para la reflexión (34). Según lo entendemos, el verdadero riesgo está en la categorización de un cuerpo saludable como sinónimo de un cuerpo delgado. Del mismo modo, también supone un riesgo vincular un cuerpo obeso directamente con un cuerpo enfermo, pudiendo ser normalizada esta concepción por medio de prácticas biopedagógicas.

Cuestiones éticas y morales en los discursos sobre el control del peso corporal

Diferentes investigadores se muestran críticos con los discursos que sociedades científicas y autoridades sanitarias ofrecen sobre la obesidad y el control del peso corporal. Gard y Wright afirman que las diferentes disciplinas que estudian e investigan sobre la obesidad presentan discursos con una carga moral e ideológica muy acusada (35). Proponen una actitud reflexiva sobre la necesidad de analizar en profundidad la situación actual en relación a la obesidad y el tratamiento social de las personas obesas que son catalogadas como enfermos afectados por una "epidemia de obesidad" o "epidemia del siglo XXI". Según estos investigadores se deberían transformar los debates sobre el peso corporal, la alimentación y la salud para no presentar certezas sobre la obesidad y el sobrepeso que provengan de ideas culturalmente asumidas. También se debe valorar el impacto negativo que puede suponer para algunas personas las ideas y la carga de moralidad contenidas en muchos de estos discursos.

Los investigadores críticos con el planteamiento de tratar social y sanitariamente el problema de la obesidad como una epidemia advierten que se ha optado por generalizar acerca de las causas y las consecuencias de estar obeso y ello conlleva ciertas dificultades (36). La principal es la de convivir con los efectos de su particular concepción del problema, estar obeso es igual a estar enfermo. Sin cuestionar la causalidad y las cifras ofrecidas por los estudios epidemiológicos, pero poniendo cierta distancia dada la diversidad teórico-metodológica empleada para presentar el problema, nosotros entendemos que esta ideación se deriva de una compresión limitada, insuficiente y/o parcial de la obesidad, la alimentación, la actividad física, la sociedad y la cultura.

Tiene especial trascendencia en la divulgación de estos discursos sobre las causas y efectos de la obesidad los programas de educación para la salud de las diferentes instituciones sanitarias. Estos programas de promoción de estilos de vida saludables están basados "en teoría", en acciones comunicativas positivas definiendo el problema de la obesidad como un problema de carácter social y multifactorial. Pero lo cierto es que el trasfondo ideológico de las intervenciones no es otro que el de recordar que, al fin y al cabo, estar obeso sólo depende de uno mismo, la persona es en última instancia responsable de su estilo de vida y si son padres también son responsables de la salud de sus hijos (37). De esta forma, se busca que la población con sobrepeso, sanos o enfermos, modifiquen su conducta por el convencimiento de que existe una racionalidad científica en estas recomendaciones (38). Las autoridades

sanitarias han declarado la guerra contra la obesidad advirtiendo a las personas cuyo IMC sobrepasa la normalidad, que pueden ser futuras víctimas de la hipertensión, el cáncer, la diabetes o el infarto (39).

El resultado de este proceso, argumentan Gard y Wright, es que el conocimiento que se genera desde los científicos dedicados a la investigación de la obesidad tienen sus certezas y sus incertidumbres. Pero al ser borradas las incertidumbres se produce un discurso de verdad sobre evidencias parciales o muy limitadas. Esto conlleva que este discurso a nivel social se manifieste como hegemónico, creando esa "verdad" y manteniéndola. Gard y Wright sugieren que nos fijemos en la noción de que todo el mundo y en todas partes puede ser una víctima potencial de la "epidemia de obesidad". Esta noción es transmitida como una verdad probada, que supone como mínimo, una exageración. De hecho, afirman que el predominio de esta explicación biomédica, desprecia las dimensiones socio-culturales, económicas, étnicas y de género que deben presentar el análisis multifactorial de la obesidad (35).

Campos afirma que se está realizando a nivel mundial una "caza de brujas" hacía las personas con sobrepeso y obesidad (40). En la persecución del "gordo" hay intereses comerciales, pues existe un gran negocio alrededor de la venta de productos supuestamente adelgazantes, dietas milagro y clínicas dedicadas al tratamiento de la obesidad por diferentes métodos. El individuo obeso se encuentra en el centro de una tormenta de intereses y, aunque sea consciente del alcance de su problema, se ve incapaz de conseguir el cambio que unos le piden, pero otros le dificultan, luchando continuamente en contra de una oferta ilimitada de ocio sedentario y alimento. Se siente culpable de ser obeso y culpable de no ser capaz de solucionarlo. En este ambiente no es difícil acabar en el aislamiento y la depresión (41).

López de la Torre y Bellido se preguntan sobre esta persecución social del obeso y su posible estigmatización, "¿hasta dónde debería presionar la sociedad a un obeso bien informado y con suficiente capacidad de decisión para cambiar sus hábitos de vida en aras de un beneficio personal, social y económico?" (42). Es indudable que las personas con sobrepeso y obesidad sufren una presión moral sobre su cuerpo superior al resto de la sociedad. En la sociedad actual el ser obeso tiene una vinculación casi directa con conceptos como falta de voluntad, de autocontrol, dejadez y pereza. Aunque la presión sobre la imagen corporal comprende un amplio espectro, bien por estar demasiado gordo o demasiado delgado, por ser demasiado sedentaria o ser demasiado propensos a comer alimentos poco saludables, la sociedad no se cansa de recordarnos nuestras imperfecciones. Tal es la presión a la que esta sometida la población para hacerse responsable de su imagen corporal que investigadores como Campos aseguran que hemos construido una cultura que garantiza que pocas personas estén en paz con su cuerpo afectando negativamente a su autoconcepto y autoestima. Estos procesos influyen negativamente en la percepción que una persona tiene de si misma participando en la génesis de trastornos de la alimentación como la bulimia o la anorexia dónde existe una distorsión de la imagen corporal.

Conclusión

La visión catastrofista, sobre el control del peso corporal, que orienta al ciudadano hacia la consecución de un objetivo sin preocuparse del proceso de fomentar una verdadera conciencia de valores sobre la persona y su cuerpo, pueden producir preocupaciones nocivas sobre la apariencia corporal y la alimentación. Este tipo de visión puede generar consecuencias que pueden fomentar otros problemas de salud, relacionados con un enfoque centrado en la actividad física como ejercicio y en los alimentos como energía. Cada vez más se está empezando a poner de relieve que un gran número de personas tanto jóvenes como adultos están experimentando sentimientos de insatisfacción corporal y una relación problemática con la alimentación y la actividad física (43). Esta relación problemática puede desembocar en una percepción de la imagen corporal fuera del patrón de normalidad social. De esta forma hay investigadores que han concluido que los adolescentes y las niñas en particular suelen percibirse con mayor peso al real. Esta percepción se encuentra asociada a un nivel de autoestima más bajo y un mayor grado de insatisfacción corporal (44, 45).

Estas circunstancias plantean interrogantes en cuanto a si las iniciativas de las instituciones oficiales, originadas para la promoción de estos imperativos que favorezcan estilos de vida relacionados con la salud, en realidad están ayudando a la población a tener una

mejor calidad de vida (39). Debemos reflexionar desde las instituciones educativas y sanitarias sobre las estrategias pedagógicas sobre la promoción de la salud y analizar si tienen áreas de mejora. La educación para salud basada en conceptos mecanicistas con objetivos finalistas que se puedan medir y pesar en busca de la normalización de la salud se muestra insuficiente. Estas iniciativas no parecen favorecer el fomento de hábitos saludables en búsqueda de una buena salud física, psíquica y social. Incluso pueden originar un potencial riesgo de estigmatización de las personas que no pueden controlar su peso corporal al recordarle su responsabilidad y autonomía en el cuidado de su salud. No se trata de desligar al ciudadano del cuidado de su salud. Creemos que debemos favorecer su capacidad reflexiva poniendo a su disposición las certezas e incertidumbres científicas y los posibles caminos a elegir. Los programas de promoción de salud, según nuestra opinión, deben evitar la focalización de la responsabilidad de los ciudadanos en su autonomía para cumplir un programa que les llevará a estar saludables. Si este objetivo no se alcanza la frustración llega con facilidad. Nosotros proponemos que estos programas posibiliten que el ciudadano sea participe y guíe su salud hacía sus conceptos de bienestar físico, psíquico y social construidos dentro de su proyecto de vida que constituye su propio yo.

La Ley de Salud Pública en Andalucía propone un proceso de "empoderamiento" de los ciudadanos para incorporar la toma de decisiones en el cuidado de su salud (46). Pero aún siendo esta una buena iniciativa, nosotros añadimos que a ese poder de decisión propuesto por algunas instituciones sanitarias es necesario darles forma en los programas de promoción de la salud con el objeto de favorecer un proyecto vital de los ciudadanos. Proyecto vital basado en la formación de la persona pero en relación con las instituciones sociales y otros ciudadanos, por lo tanto, compartiendo responsabilidades y decisiones por igual. Creemos que esa es la intención de esta ley cuando manifiesta la necesidad de empoderamiento de las personas en relación con su salud. Si no es así, ese poder de decisión sólo quedaría en la elección entre diferentes opciones ofrecidas por las instituciones.

Quizás sea el momento de orientar las estrategias en educación para la salud entorno a otras estructuras que no estén cimentadas exclusivamente en el cuerpo, la vida y la muerte bajo la responsabilidad exclusiva del ciudadano. La salud como defienden algunos autores debe convertirse en parte de nuestro proyecto biográfico y el aprendizaje de hábitos saludables debería ser un proceso y no una meta (47).

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia Global sobre Dieta, Actividad Física y Salud, Ginebra: OMS.

2. Comisión Europea (2007). Libro Blanco sobre la Obesidad. Bruselas: Comisión Europea.

3. Corrella D. y Portolés O. (2008). Avances en el conocimiento de las bases genéticas de la obesidad. En: Genética, Nutrición y Enfermedad. CSIC. Madrid: Edimsa.

4. Coleman D. (2010). A historical perspective on leptin. Nature Medicine;16:1097-9.

5. Ushma S. (2010). Leaping for leptin: the 2010 Albert Lasker Basic Medical Research Award goes to Douglas Coleman and Jeffrey M. Friedman. J Clin Invest; 120:3413–8.

6. Silveira M.B., Martínez-Pinero L. y Carraro R. (2007). Nutrigenómica, obesidad y salud pública. Revista Española de Salud Pública; 81: 475-487.

7. Beck U. (1998). La sociedad del riesgo. Barcelona: Paidós.

8. Seidell J.C. (2000). The current epidemic of obesity. En: C. Bouchard (ed.), Physical Activity and Obesity. Chapaign, IL: Human Kinetic.

9. Foucault M. (1993). La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Altamira.

10. Castiel L. y Álvarez-Dardet C. (2010). Salud persecutoria: los límites de la responsabilidad. Bahía Blanca: Lugar Editorial.

11. Evans J., Rich E. y Davies B. (2008). Education, Disordered Eating and Obesity Discourse. Fat fabrications. Londres: Routledge.

12. Gard M. y Wright J. (2005). The obesity epidemic. Science, morality and ideology. Londres: Routledge.

13. Campos P. (2004). The obesity Myth. Nueva York: Gotham Books.

14. Organización Mundial de la Salud. (2004). Estrategia Global sobre Dieta, Actividad Física y Salud. Ginebra: OMS.

15. Bermudez J.A., Tejada M.J. y Granero M. (2004). Obesidad. En: Cañete R, Fernández JM, Martínez-Aedo MJ, López-Canti LF. Manual de Endocrinología Pediátrica para Atención Primaria. Grupo Andaluz de Endocrinología Pediátrica. Madrid: Gráficas Letra.

16. Alemany M. (2003). Mecanismos de control del peso corporal. Revista de la Real Academia de Medicina de Cataluña 2003; 18 (Pt2): 44-49.

17. Corrella D. y Portolés O. (2008). Avances en el conocimiento de las bases genéticas de la obesidad. En: Genética, Nutrición y Enfermedad. CSIC. Madrid: Edimsa.

18. Martínez A. y Soto A. M. (2006). Plan integral de obesidad infantil de Andalucia: 2007-2012. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucia. pp. 12-13

19. Casazza K., Fontaine K.R., Astrup A., Birch L., Brown A., Durant N. et al. (2013). Myths, Presumptions, and Facts about Obesity. New Engl J Med; 368:446-54. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1208051

20. Bagust A. y Walley T. (2000). An alternative to body mass index for standardizing body weight for stature. Quarterly Journal Medical; 93 (Pt9): 589-96.

21. Vázquez C., Román E., Cilleruelo M.L. y González A. (1997). Obesidad infantil. En: Moreno B, Gargallo MA, López de la Torre M. Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas. Madrid: Díaz de Santos.

22. O'Brien J., Phillips G., Ali N., Lucarelli M., Marsh C. y Lemeshow, S. (2006). Body mass index is independently associated with hospital mortality in mechanically ventilated adults with acute lung injury. Crit Care Medical; 34: 738-44

23. Romero-Corral A., Montori V.M., Somers V.K., Korinek J., Thomas R.J., Allison T.G., et al. Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. Lancet; 368: 666-78.

24. Flegal K., Graubard B.I., Williamson D.F. y Gail M.H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA; 293:1861-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.15.1861

25. Flegal K., Graubard B.I., Williamson D.F. y Gail M.H. (2007). Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA; 298:2028-37. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.17.2028

26. Flegal K., Kit B., Orpana H. y Graubard B. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. JAMA; 309:71-82. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.113905

27. Oreopoulos A, Padwal R, Kalantar-Zadeh K, Fonarow C, Norris M, McAlister F. (2008). Body mass index and mortality in heart failure: a meta-analysis. American Heart Journal; 153 (Pt1): 13-22.

28. Sicilia A. (2009). La formación de alumnos/as autónomos ante la crisis moderna

del sujeto. Revista Española de Educación Física y Deporte; 13: 17-32.

29. Castro E. (2006). El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Prometeo.

30. Foucault M. (1986). Las redes del poder. "Fahrenheit 450", 1. Buenos Aires.

31. Harwood V. (2009). Tehorizing Biopedagogies. En Wright J. y Harwood V. Biopolitics and the "Obesity Epidemic". Goberning Bodies. New York: Routledge.

32. Wright J. (2009). Biopower, Biopedagogies and the Obesity Epidemic. En Wright J. y Harwood V. Biopolitics and the "Obesity Epidemic". Goberning Bodies. New York: Routledge.

33. Wright J. y Harwood V. (2009). Biopolitics and the "Obesity Epidemic". Goberning Bodies. New York: Routledge.
34. Harwood V. (2009). El diagnostico de los niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta. Madrid: Morata; 2009.
35. Gard M. y Wright J. (2005). The obesity epidemic. Science, morality and ideology. Londres: Routledge.

36. Gard M. (2011). The end of the epidemic obesity. New York: Routledge.

37. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. (2007). Campaña Publicitaria "Por razones de peso". Las Palmas: Gobierno de Canarias.

38. Ortega F., Lee D., Katzmarzyk P., Ruiz J., Sui X., Churck T. y Blair S. (2012). The intriguing metabolically healthy but obese phenotype: cardiovascular prognosis and role of fitness. Eur Heart J; 34:394-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs174

39. Agencia española de seguridad alimentaria. (2005). Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. NAOS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: (AESA).

40. Campos P. (2004). The obesity Myth. Nueva York: Gotham Books.

41. Magallares A. (2009). La salud psicológica de los obesos ante situaciones de discriminación por el peso. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

42. López de la Torre M. y Bellido D. (2008). El acoso social del obeso. Revista Española de Obesidad; 6 (5): 235-6.

43. Goñi A. y Rodríguez A. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes. Actas Españolas de Psiquiatría 2004; 32: 29-36.
44. Perrin E.M., Boone-Heinonen J., Field A.E., Coyne-Beasley T. y Gordon-Larsen P. (2010). Perception of overweight and self-esteem during adolescence. International Journal Eat Disord; 43 (5): 447-54. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/eat.20710
45. ter Bogt T.F., van Dorsselaer S.A., Monshouwer K., Verdurmen J.E., Engels R.C. y Vollebergh W.A. (2006). Body mass index and body weight perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behavior among adolescents. Journal Adolescent Health; 39:27–34.

46. Junta de Andalucía. (2011). Ley de Salud Pública. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_5_ley_salud_publica/leySaludPublica.pdf
47. Magliozzi P. (2006). De la salud biológica a la salud biográfica. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.